Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau.
(Direktor: Professor Alzheimer.)

Paranoide Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Hubert Golla,
Assistenzarzt.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Breslau 1913.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.
Referent: Professor Dr. Alzheimer.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543108_0056

Im Krankheitsbilde des manisch-depressiven Irreseins beansprucht eine kleine Gruppe besonderes Interesse. Es sind dies jene Fälle, bei denen während eines oder mehrerer Anfälle paranoide Komplexe für kürzere oder längere Zeit stärker hervortreten oder einen Anfall während seiner ganzen Dauer überlagern.

Entsprechende Beobachtungen sind schon länger bekannt.

So beschreibt Ludwig Meyer[1]) paranoide Züge bei zirkulär Erkrankten (Vergiftungs- und Beziehungsideen, festhaftende und gut systematisierte Wahnideen).

Mendel[2]) macht darauf aufmerksam, daß im Verlauf einer Geistesstörung von bestimmtem Charakter, „z. B. im Verlauf der periodischen Melancholie, Anfälle auftreten können, die nicht mehr das Bild der Melancholie, sondern das der Manie oder Paranoia bieten". Er gibt die Krankengeschichte einer Frau wieder, die im Anschluß an eine im 51. Lebensjahre ausbrechende Melancholie regelmäßig in jedem der folgenden 8 Jahre wieder melancholisch erkrankte; der 10. Anfall verlief unter dem Bilde einer Manie mit melancholischem Vorstadium, der 11. war wieder eine Melancholie, während der 12. als „Paranoia mit Verfolgungs- und Größenideen ohne erhebliche motorische Unruhe" verlief.

Zweifellos sind es wohl derartige atypische Fälle von manisch-depressivem Irresein, die zur Aufstellung des Krank-

---

[1]) Ludwig Meyer. Über zirkuläre Geisteskrankheiten. Arch. f. Psychiatrie, 4 Bd. 1874, S. 141, 147, 154.

[2]) E. Mendel. Ein Beitrag zu der Lehre von den periodischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 44. Bd. 1888, S. 622 ff.

heitsbildes der periodischen Paranoia geführt haben (Mendel).[3]) Der Mendelschen Auffassung dieser Fälle schließt sich Werner[4]) in seiner Paranoia - Monographie an. Es handelt sich um Kranke mit dem „charakteristischen Bilde der Paranoia, die dann Monate, Jahre nach völligem Krankheitsbewußtsein ihrer früheren Beschäftigung wieder nachgehen, in bestimmten Perioden genau unter demselben Krankheitsbilde wie ehemals wieder erkranken und nach einer bestimmten Zeit wieder genesen".

Die Ziehensche zirkuläre Paranoia[5]) ebenso wie die ideenflüchtige Form der Paranoia (mit dauernder primärer Ideenflucht) und die depressive Form (mit dauernder primärer trauriger Verstimmung) dürften wohl gleichfalls atypische Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins im Sinne Kraepelins sein.

Abgesehen von der Sonderstellung der Ziehenschen Nomenklatur ist wohl heute die periodische Paranoia als selbständige Krankheit abgetan, immerhin nimmt Kraepelin[6]) noch in der letzten Auflage seiner Psychiatrie Veranlassung, sich gegen die immer noch auftauchende Diagnose „periodische Paranoia" zu wenden, die doch unzweifelhaft als Erscheinungsform des manisch - depressiven Irreseins zu deuten sei, soweit nicht die Zugehörigkeit zu alkoholischen Psychosen oder zur Dementia praecox in Betracht käme.

Die Streitfrage der „akuten Paranoia" sei hier nur soweit berührt, als unter den als akute Paranoia bezeichneten Fällen zweifellos eine ganze Anzahl dem manisch-depressiven Irresein zu subsumieren ist. Wenn neuerdings Thomsen[7]) mit einem Material von 24 Fällen für die Existenzberechtigung der akuten Paranoia eintritt, so weist Kleist[8])

[3]) E. Mendel a. a. O., S. 619.

[4]) C. Werner. Die Paranoia. Eine Monographie. 1891, S. 33.

[5]) Ziehen. Psychiatrie. 3. Aufl. 1908, S. 607.

[6]) Kraepelin. Psychiatrie. 8. Aufl. 1910, 1. Bd., S. 519.

[7]) Thomsen. Die akute Paranoia. Arch. f. Psychiatrie. 45. Bd., 1909, S. 803.

[8]) Kleist. Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 5. Bd. 1911, S. 366.

in seiner eingehenden Kritik der Thomsenschen Fälle, der er die Forderung einer scharfen Abgrenzung des paranoischen Zustandes gegenüber anderen Syndromen voranstellt, in überzeugender Weise nach, daß bei 2 von den 24 Thomsenschen akut-paranoischen Erkrankungen Äußerungen des manisch-depressiven Irreseins vorliegen.

Der erste, der paranoischen Zustandsbildern Manisch-Depressiver ein eingehendes Studium gewidmet hat, ist Hans Laehr.[9]) Im dritten Bericht der Anstalt Schweizerhof veröffentlicht er die ausführlichen Krankengeschichten von zwei atypischen Fällen zirkulären Irreseins, die durch das lange Bestehen von Paranoiaphasen nach Melancholie auffällig sind. Bemerkenswert ist ferner die Beobachtung Laehrs an Zirkulären, deren Melancholien „namentlich gegen das Ende hin mehr in den Verfolgungswahn der Verrücktheit schillern". Laehr sieht die Ursache des Überganges von Melancholie in Wahnsinn in der Vermischung der pathologischen Lust und Unlust.

Mit dieser Ansicht über die Affektgenese wahnhafter Elemente schließt sich Laehr der Auffassung Spechts[10]) an, der das häufigere — als gewöhnlich angenommene — Vorkommen transitorischer Züge von paranoischer Färbung beim manisch-depressiven Irresein betont und vor allem auf jene manisch-melancholischen Übergangsphasen aufmerksam macht, „wo aus dem beiderseitigen innigen Zusammenwirken paranoia-gleiche Resultate von kürzerer oder längerer Dauer sich ergeben".

Stransky[11]) untersucht die Beziehungen paranoider Bildungen zum manisch-depressiven Irresein und unterscheidet drei Typen. Einmal sind es paranoide Bilder beim manisch-depressiven Irresein ohne streng genommen

[9]) Hans Laehr. Zwei atypische Fälle von zirkulärem Irresein. Schweizerhof. III. Bericht 1903, S. 59.

[10]) Specht. Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psych. 1908, 31. Jahrg., S. 817.

[11]) Handb. d. Psych. Herausgegeb. v. Aschaffenburg. Spez. Teil, 6. Abt. Stransky. Das man.-depress. Irresein, 1911, S. 104 ff.

paranoischen Mechanismus, die eine nur mehr oder minder große äußere Ähnlichkeit mit echt wahnhaften Gebilden zeigen.

In einer zweiten Gruppe handelt es sich um Fälle mit Wahnbildungen von durchaus paranoidem Charakter mit Verfolgungs- und Größenideen und gelegentlich hervortretender Dissimulationstendenz. Dabei sind die paranoiden Elemente so sehr an die manisch-depressiven Attacken gebunden und der manisch-depressive Grundcharakter des Krankheitsbildes ist so sehr gewahrt, daß es ihm nicht angängig erscheint, zwei getrennte Psychosen anzunehmen, „die einander eine Strecke hin überlagern und im übrigen unabhängig voneinander verlaufen".

Während Stransky für diesen Typ nahe Beziehungen, wenn nicht geradezu die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein annimmt, kann er einer dritten paranoid gefärbten Gruppe nur sehr weite Beziehungen zumessen. Fälle dieser Art haben mit dem manisch-depressiven Irresein nur die Verlaufseigentümlichkeit gemein. Es sind akut verlaufende Erkrankungsformen mit zuweilen rasch systematisierten Wahnbildungen ohne stärker in Erscheinung tretende Stimmungsanomalien und Stimmungsschwankungen und ohne distinkte psychomotorische Symptome, „wenngleich Affektäußerungen häufiger und heftiger zu sein pflegen als bei der chronischen Paranoia und insbesondere zu Beginn Angst und Ratlosigkeit nicht ganz selten sind".

Der ersten Gruppe Stranskys entsprechen wohl die von Kraepelin an Manisch-Depressiven beobachteten flüchtigen und wechselnden, aber auch länger festgehaltenen Wahnvorstellungen, während auch Kraepelin eine Reihe von Fällen — analog der zweiten Gruppe Stranskys — kennt, die in ihrer Ausbildung an die paranoiden Erkrankungen erinnern.[12])

Wernicke[13]) weist auf die nicht allzugroße Seltenheit exzessiver und selbst phantastischer Größenideen bei

[12]) Kraepelin. Psychiatrie, 8. Aufl. 1913, 3. Bd., S. 1252 ff.
[13]) Wernicke. Grundriß d. Psychiatrie, 1900, S. 360.

Manischen hin, die aber doch nur sporadisch und wechselnd auftauchen und sich niemals fixieren, und bei der depressiven Melancholie beschreibt er aus Verfolgungs- und Größenideen zusammengesetzte paranoische Zustände, bei denen es verhältnismäßig rasch zu einer Verfälschung des gesamten Bewußtseinsinhaltes bis zu inhaltlicher Verwirrtheit kommt.[14])

A. Westphal[15]) erwähnt seltene Fälle zirkulären Irreseins, ausgezeichnet durch ein „paranoisches" Gepräge mit sich schnell systematisierenden Verfolgungs- und Beziehungsideen bei ungetrübtem Bewußtsein in den maniakalischen Phasen.

Das Dominieren der paranoiden Züge gibt recht häufig Anlaß zu diagnostischen Irrtümern. Schultze[16]) führt das Beispiel eines zirkulär Erkrankten mit paranoischen Zustandsbildern in den manischen Zeiten an, bei dem anläßlich der Entmündigung drei erfahrene Psychiater die Diagnose Paranoia gestellt haben. Die später ausbrechende Depression und die Vorgeschichte ließen an der Diagnose manisch-depressives Irresein keinen Zweifel.

Dieselbe Fehldiagnose wurde in dem ersten der von Laehr[17]) mitgeteilten Fälle von anderer Seite gestellt.

Aus den falschen Diagnosen können dann mancherlei Fehler bei der Prognosestellung, verhängnisvolle Irrtümer bei forensischen Begutachtungen (Ehescheidungen, Entmündigungen) entstehen. So lohnt sich wohl schon aus praktischen Gründen ein eingehenderes Studium der paranoischen Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein mit Rücksicht auf die besonderen Kennzeichen und Umstände ihres Vorkommens.

---

[14]) Wernicke. Grundriß d. Psychiatrie, 1900, S. 166.

[15]) Binswanger-Siemerling. Lehrbuch d. Psychiatrie, 2. Aufl., 1907. A. Westphal. Periodische Geistesstörungen, S. 122.

[16]) Schultze. Zur Paranoiafrage. Deutsch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 4.

[17]) Laehr a. a. O.

Im Folgenden sollen die Krankengeschichten von 8 Fällen manisch-depressiven Irreseins mit Wahnbildung aus der Breslauer Psychiatrischen Klinik wiedergegeben werden.

I. Klara S., geb. 28. 9. 1879.
Aufnahme: 22 6. 1911.
Entlassung: 23. 5. 1912.

Anamnese: Nach den Angaben der Schwester der Patientin sind eine Cousine der Mutter und eine Tochter eines Vetters der Mutter in Irrenanstalten. Eine Schwester der Mutter leidet an Kropf mit Herzbeschwerden. Patientin hat als Kind Scharlach durchgemacht, nachher öfter über Reißen in Armen und Beinen geklagt, auch noch in letzter Zeit, war immer sehr schwächlich, wenig widerstandsfähig, klagte öfter über Herzklopfen. Seit jeher Neigung zu ernster Lebensauffassung. Patientin sei immer etwas „komisch" gewesen, unzufrieden mit ihrer sozialen Stellung. Sie habe wenig Verkehr, schließe sich schwer an Menschen an. In der Schule habe sie ausreichend gelernt. Mit 16 Jahren habe sie Buchführung gelernt. Mehrere Stellen habe sie immer nur einige Monate innegehabt, die Lust zur Arbeit sei immer gering gewesen.

Mit 30 Jahren (Herbst 1909) kam Patientin aus ihrer letzten Stellung nach Hause, sei sehr schwach und müde gewesen, habe wenig geschlafen und fast gar nicht gesprochen, sie habe sich unglücklich gefühlt, weil sie nichts leisten könnte, alles sei ihr zu viel, „egal" gewesen.

Frühjahr 1910 Änderung des Zustandes. Patientin sei sehr lebhaft, erregt gewesen, habe viel gesprochen, viel Wünsche geäußert.

Herbst 1910 wieder traurig, verstimmt, seit März 1911 wieder sehr lebhaft, anspruchsvoll, Neigung zu unnützen Geldausgaben, Putzsucht, starkes Beschäftigungsbedürfnis, habe die ganze Wohnung „umgedreht", dabei vergnügungssüchtig, anspruchsvoll. Stimmung heiter, zeitweise gereizt.

Status: Groß, schlank, mittlerer Ernährungszustand, gesunde Hautfarbe, geringe Struma. Herzgrenzen normal, Töne rein, keine Pulsbeschleunigung. Lungen und Abdomen o. B. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Neurologisch kein pathologischer Befund.

Bei der Aufnahme ruhiges Verhalten, geordnetes Benehmen. Patientin gibt auf Fragen an, sie sei ins J.-Stift gegangen, weil sie im Frühjahr an Körpergewicht abgenommen habe, im Krankenhause habe sie viel Ärger gehabt, sich mit dem Arzt nicht vertragen. Schildert die früheren Erkrankungen entsprechend der Anamnese. Der gegenwärtige Zustand bestehe seit Frühjahr 1911,

sie fühle sich jetzt sehr wohl, leistungsfähig, sei recht guter Stimmung. Patientin erzählt in lebhafter Weise, hat Neigung zu scherzhaften Wendungen. 5 Pfund habe ihr der Doktor abgeärgert, wenn sie die Kraft hätte, würde sie ihn ordentlich durchhauen. Patientin gibt geordnet Auskunft, bei längerem Erzählen ideenflüchtiges Abschweifen, gehobene Stimmung, selbstbewußtes Benehmen.

25. 6. Patientin äußert gelegentlich den Wunsch, sich zu unterhalten, möchte eine andere Patientin als Nachbarin haben, zeigt aber keinen gesteigerten Rededrang. Meist wenig Neigung, auf Fragen Auskunft zu geben; Patientin wird aber lebhafter nach einiger Unterhaltung; vergnügter Gesichtsausdruck, mitunter heiteres Auflachen. Manchmal etwas unzufrieden, möchte in den Garten, hat manches auszusetzen. Schlaf ausreichend.

29. 6. In den letzten Tagen recht unzufrieden, mißlaunig, hat viel zu monieren, beschimpft andere Kranke mit groben Ausdrücken. Selbstbewußtes, hoheitsvolles Benehmen den Ärzten gegenüber.

2. 7. Beobachtet interessiert alle Vorgänge auf der Abteilung, kritisiert sie in querulierender, abfälliger Weise. Mißdeutungen: habe gesehen, daß die Pflegerin am Telephon einen roten Kopf bekommen habe, schließt daraus, daß die Pflegerin mit einem Pfleger der Männerabteilung telephoniert habe, das sei schamlos, daß hier so etwas passiere. Beklagt sich über Sticheleien, die sie hier von anderer Seite hören müsse. Energischer Entlassungsdrang.

5. 7. Personenverkennungen: viele Mitkranke kommen ihr bekannt vor, das kleine Mädel nebenan sei ihre Nichte; wenn sie gewußt hätte, daß sie hier sei und schon laufen könne (erzählte früher, daß die Nichte gelähmt sei), so wäre sie schon längst mit Freuden hergekommen. Auch die „Großmutter" komme ihr bekannt vor, es könne die alte T. aus H. sein. Auch Fräulein R. käme ihr bekannt vor, „jetzt dämmert es mir erst".

Nahrungsaufnahme und Schlaf gering.

31. 7. Wechsel zwischen heiterer und unzufriedener Stimmungslage, zeitweise ärgerlich, unwillig darüber, daß sie nicht entlassen werde. Kritisiert das Verhalten der Kranken, der Pflegerin, des Arztes. Kennt die Namen, wendet dabei doch aber immer andere Bezeichnungen an. Entdeckt Ähnlichkeiten mit Bekannten, bezeichnet den Stationsarzt als ihren Schwager A. aus H., Patientin U. als ihre Mutter, spricht sie „Mutter" an, setzt sich zu ihr aufs Bett.

Beschäftigungsdrang: steht auf und hilft beim Aufräumen des Saales, beim Umbetten der Kranken; hilfreich und freundlich

anderen Patienten gegenüber; reicht ihnen das Essen, mahnt sie zu essen, nimmt Anteil an allen Vorgängen auf der Abteilung, versucht einige erregte Kranke im Bett zu halten, legt ihre Kissen zurecht. Schlaf unregelmäßig, nachts meist nur wenige Stunden.

19. 8. In letzter Zeit mehr heiterer Stimmung, Patientin lacht, scherzt, läuft herum. Aus grünen Blättern hat Patientin einen Kranz geflochten und auf ihr Haar gesetzt.

8. 9. Meist heiterer Stimmung, tollt im Saale herum, benimmt sich wie ein ausgelassenes Kind, versucht bei der Visite dem Abteilungsarzt alle möglichen Dinge in die Tasche zu praktizieren, bittet ihn um „Schokoladepflaster"; in ihren Erzählungen weitschweifig, ideenflüchtig; schreibt viel; meist Gedichte auf Klosettpapier oder auf den Rand von Zeitungspapier; spielt sich als Beschützerin anderer Kranker auf; berichtet dem Arzt über deren Tun und Treiben.

Dazwischen für Stunden nörgelnde Stimmung; beschwert sich über die Pflegerinnen; über das Lärmen der anderen Kranken; von dem Geschrei bekomme sie Kopfschmerzen; zeitweise auch auf kurze Zeit weinerliche Stimmung. Doch halten derartige Stimmungsschwankungen nie lange an.

Auch die Verkennungen von Personen bestehen noch in derselben Weise fort, doch treten sie nicht mehr so in den Vordergrund.

25. 9. Keine Personenverkennungen mehr; gut orientiert, interessiert sich für alle Vorgänge auf der Abteilung. Jetzt etwas ruhiger, geordneter im Benehmen; bleibt mehr im Bett; beklagt sich, daß sie nicht heraus dürfe, den ganzen Sommer hier zubringen müsse. Sucht sich auf der Abteilung zu beschäftigen, hilft beim Aufräumen des Saales.

Kurz ablehnend auf Fragen, wendet sich ab.

20. 10. Zeitweise wohl etwas lautes, lebhaftes Benehmen, doch nie mehr ernstere Konflikte mit anderen Kranken. Liest, schreibt, kümmert sich viel um andere Kranke, redet ihnen zu, ermahnt sie zum Essen. Dem Stationsarzt gegenüber kurz in ihren Antworten, sucht sich oft der Ansprache zu entziehen, zieht die Bettdecke über den Kopf.

13. 11. Meist sehr lebhaft und gesprächig, mischt sich viel in die Angelegenheiten anderer Kranker. Bei Beschäftigungen wenig Ausdauer; empfindet es selbst, äußert: „Ich bin faul heute", oder „Heute gehts wieder gar nicht, ich weiß selbst nicht, warum." Bleibt mitunter trotz der Erlaubnis, aufzustehen, im Bett: „Ich habe keine Lust"; „Die anderen ärgern mich". Sehr empfindlich, schimpft dann lebhaft oder verbirgt sich stundenlang unter der Decke. Schilt häufig lebhaft über die Ärzte. Die Ärzte behandelten

überhaupt viele Patienten falsch, seien parteiisch und ungerecht; kritisiert alle Vorgänge auf der Abteilung, mißdeutet mitunter, sie wisse genau, warum diese und jene Pflegerin weggeschickt würde. „Die haben zuviel gewußt, die waren schon zu lange da." Auf den Hinweis, daß andere Pflegerinnen doch länger da seien, erwidert sie, „das ist bloß Zufall". Verlangt häufig energisch ihre Entlassung.

14. 11. Jetzt sehr geneigt, retrospektiv Auskunft über ihre Erlebnisse in der Krankheit zu geben. Ihre Stimmung ist ein Gemisch von Euphorie, Unzufriedenheit und Resignation. Oberflächliche Krankheitseinsicht für den Höhepunkt der Krankheit, dabei besteht aber noch immer die Neigung, ihren früheren Zustand und seine Änderung durch äußere Bedingungen zu erklären. Gute Erinnerung.

Wegen ihres Halses sei sie zum Dr. Z. gegangen, ins J.-Stift aufgenommen, von dort hierhergeschickt worden, weil sie sich mit ihm gezankt habe. Damals sei sie krank gewesen, habe sich schwach gefühlt, schon der Weg zum Doktor sei anstrengend gewesen; sie habe sich aber zusammengenommen, daher habe ihr auch niemand etwas angemerkt. Hier habe sie Herzschmerzen gehabt, das sei überhaupt die Hauptsache der Krankheit gewesen. Hier auf den harten Matratzen habe sie nicht liegen können, wäre gar nicht so krank geworden, wenn sie nicht hierher gekommen wäre. Sei nur wegen der Patientin M. nach der „Absonderung" gekommen. Dort sei es so stürmisch zugegangen, das habe sie verwirrt gemacht.

Einzelne Personen habe sie für frühere Bekannte gehalten. Habe stets gewußt, wo sie war, auch Situationen erkannt.

Schildert auf Fragen, wie sie zu den Verkennungen kam. Ähnlichkeiten fielen ihr auf, habe an die ihr bekannten Personen gedacht. Bei der Ähnlichkeit einer Kranken mit ihrer Mutter sei es ihr in den Sinn gekommen: die gestorbene Mutter sei nur scheintot gewesen; die kranke Nichte sei gesund geworden; die auftauchenden Bedenken habe sie sehr bald verloren.

„So habe ich mir das zusammengeredet."

„Ich hab's wirklich fest geglaubt. Ich habe immerwährend darüber gegrübelt und nachgedacht, wie das sein könnte." Sie habe Interesse für die Frau U. bekommen, die sei so nett zu ihr gewesen. Das nette Wesen habe sie an die Mutter erinnert, auch die Augen seien denen der Mutter ähnlich gewesen. Habe gemeint, ihre Mutter sei vielleicht bloß scheintot gewesen. Sie habe schon öfter etwas von Scheintoten gelesen. In der Annahme habe sie der Gedanke bestärkt, daß ein Arzt, der ihre Mutter früher einmal behandelt hätte, sein Erstaunen ausdrückte, als er von dem Tode der

Mutter erfahren habe; dazu käme noch, daß der Doktor, der die Mutter vor dem Tode behandelte, keinen guten Ruf als Arzt habe. Der habe vielleicht nicht gesehen, daß ihre Mutter nur scheintot gewesen sei.

19. 11. Heute überzeugt davon, daß es nicht so sein könne. Denn dann hätte sie doch etwas von dem Scheintode der Mutter erfahren müssen. Damals sei es ihr gar nicht so aufgefallen, daß die Frau U. (hochgradig Demente) sehr wenig sprechen konnte, erinnere sich jetzt wohl daran, daß sie nur immer „ja, ja" sagte; bleibt aber dabei, daß sie sich mit ihr gut unterhalten habe.

Die Ähnlichkeit zwischen dem Stationsarzt und ihrem Schwager sei wirklich groß. Ihr Schwager sei ein sehr befähigter Mensch, sie habe gedacht, der könne das auch machen, was hier ein Arzt tut, „die Leute ausfragen".

Eine kleine Patientin habe sie für ihre Nichte gehalten, weil sie auch so blaue Augen und blonde Haare wie jene hätte, auch das Alter habe gestimmt.

Einsicht, daß es sich um krankhafte Verkennungen handelte. „Es wird wohl an mir ebenso gelegen haben, wie an der Umgebung." „Es wird wohl so allmählich gekommen sein, daß die Verkennungen aufhörten." Die Pflegerin habe ihr gut zugeredet.

Motiviert ihr früheres, ablehnendes Verhalten gegen den Stationsarzt damit, daß sie im Bett liegen mußte, nicht in den den Garten gehen durfte. Es werde wohl schließlich richtig gewesen sein, daß sie hier im Bett lag.

Es könnte auch sein, daß sie manchmal „ruppig" war. Sonst noch nie so frech und dreist gewesen wie hier. „Ich war sehr krank." Das gehe doch daraus hervor, daß sie zu einem Arzt gegangen sei.

„Es muß doch wohl sein, daß die Krankheit Schuld an den Verkennungen war?"

Sei gar nicht zufrieden, daß sie hier in der Klinik bleiben müsse, hätte auch wo anders gesund werden können, hätte auch dort im Bette liegen können. Wenn sie jetzt wieder in Stellung gehe, werde es heißen, „die hat einen Klaps", sobald es herauskomme, daß sie hier gewesen sei.

Fühle sich gesund, keine Schmerzen, keine Herzbeschwerden.

Struma unverändert.

Herz: Grenzen normal. Töne rein.

Puls regelmäßig gleichmäßig, stets normale Frequenz. Keine Basedow-Symptome.

7. 12. Patientin legte bis vor 2 Tagen ständig das gleiche Verhalten an den Tag; war lebhaft, führte das große Wort auf der

Abteilung, „bemutterte" die jungen Mädchen; war stets leicht hypomanischer Stimmungslage; scherzte, machte, wenn sich Ref. mit anderen Patienten unterhielt, schnippische Zwischenbemerkungen; doch im allgemeinen ruhiges, geordnetes Verhalten; beschäftigte sich viel mit Handarbeiten für Weihnachten.

Seit 2 Tagen fiel Patientin dadurch auf, daß sie stiller wurde, untätig dasaß, nicht mehr arbeitete, keinen Anteil mehr an den Vorgängen auf der Abteilung nahm. Heute Morgen ohne Grund zu weinen angefangen.

Sitzt auch heute Nachmittag still da; schaut mit sinnendem, etwas bekümmertem Gesichtsausdruck vor sich hin; die Hände liegen untätig im Schoß. Auf Fragen, warum sie untätig sei, gibt sie zunächst ausweichende Antworten; nach einiger Zeit jedoch brechen ihr plötzlich die Tränen aus und sie antwortet: „Ach, Herr Doktor, ich dachte, diesen Winter bleibe ich verschont, nun kommt es doch wieder"; gibt gut Auskunft, daß sie sich müde und matt fühle, schon seit 2 Tagen keine Lust mehr zur Arbeit habe, so gedrückter Stimmung sei, genau so wie die vorigen Winter auch, nur daß es sonst immer bereits im Oktober angefangen habe; weiter gibt Patientin an, daß sie schon 2 Nächte wenig geschlafen habe, auch etwas ängstlich sei. Dabei hat die Stimme einen müden Klang, die Worte werden nur leise und langsam gesprochen.

18. 12. Dauernd still, gehemmt; depressiver Gesichtsausdruck, auch Tränen. Spricht nicht spontan, antwortet leise, wortkarg. Habe keine Lust zur Beschäftigung, keinen Appetit. Schlafe nicht so gut wie früher. Alles sei ihr gleichgültig.

10. 1. 1912. Psychischer Zustand in letzter Zeit unverändert. Still, ruhig, ganz einsilbige Antworten; zeigt keine Neigung zu Unterhaltung oder Beschäftigung; liest höchstens einmal kurze Zeit in einem Buch. Abneigung, Auskunft über ihren Zustand zu geben. Stimmung ist Gemisch von Traurigkeit und Unzufriedenheit. Progrediente Gewichtsabnahme.

15. 2. Seit Anfang des Monats wieder Abnahme der depressiven Symptome. Patientin zeigt wieder Anteilnahme an Vorgängen in der Umgebung. Lächelt auf scherzhafte Bemerkungen anderer Kranker. Es gehe ihr jetzt besser.

Möchte aufstehen, bald nach Hause gehen. Mehr motorische Regsamkeit. Nicht mehr ganz so einsilbig, doch noch recht kurz, wortkarg in ihren Antworten.

20. 4. Im ganzen wenig Änderung. Gesichtsausdruck meist depressiv, ab und zu flüchtiges Lächeln.

Immer noch sparsam in motorischen Äußerungen, wortkarg, einsilbig.

18. 5. Still, ruhig, wenig Mimik, ernster Gesichtsausdruck. Beschäftigt sich mit Stricken und Häkeln; spricht wenig mit den übrigen Patienten, wirft nur kurze Bemerkungen ein. Bei der Visite beachtet sie anscheinend nicht, was um sie vorgeht, beschäftigt sich weiter. Sieht den Arzt auf Fragen nicht an. Es gehe ihr gut, sie habe keine Beschwerden. Wolle entlassen werden, sei schon so lange hier.

Geht auf weitere Fragen nicht ein. Verschlossen und abweisend. Schlaf und Appetit gut. Soll den übrigen Patienten gegenüber freundlich sein, gelegentlch einen Scherz machen.

22. 5. In den letzten Tagen etwas freundlicher dem Arzt gegenüber, jedoch still.

Sei krank gewesen, sehr aufgeregt und unruhig, jetzt sei es besser, sie fühle sich ganz wohl. In den letzten Wochen sei sie ruhiger als sonst gewesen, Schlaf und Appetit seien gut. Sie wolle aufs Land zu Bekannten.

In den letzten Wochen Gewichtszunahme.

Patientin wird gebessert entlassen.

Die mütterlicherseits belastete Patientin ist seit ihrem 30. Lebensjahr ausgesprochen zirkulär erkrankt, nachdem eine leichte Depression in der Pubertät vorausgegangen war. Die einzelnen Phasen verlaufen parallel mit den Jahreszeiten, die depressiven setzen im Herbst bezw. Winter, die manischen im Frühjahr ein. In der zweiten hier beobachteten Manie werden Personenverkennungen zirka ein Vierteljahr lang bis zur Höhe des akuten Stadiums festgehalten. Es handelt sich dabei um Ähnlichkeitsreminiszenzen, die in oberflächlichen Gedankengängen in optimistischer Weise weitergesponnen werden, der manischen Affektlage entsprechend. Die auftretenden Bedenken werden rasch zerstreut. Im übrigen entwickeln sich die paranoiden Züge nicht über Mißdeutungen und isolierte Beeinträchtigungsideen hinaus.

II. Auguste W., geb. 20. 6. 78.

Aufnahme: 7. 6. 1912.

Entlassung: 24. 2. 1913.

Anamnese: Stiefbruder der Mutter psychotisch, anscheinend manisch-depressiv. Patientin ist das 4. von 8 Geschwistern. Auf der Schule mittelmäßig gelernt. Von jeher leicht reizbar, hatte häufig Konflikte mit Angehörigen. In der Pubertät anspruchsvoll,

nörgelnd, sonst umgänglich, gewandt im Verkehr, gewann rasch Freundinnen.

Mit 24 Jahren zum ersten Male erkrankt. Beginn mit Schlaflosigkeit, trauriger Verstimmung, Insuffizienzgefühl. Weinte viel, äußerte Versündigungsideen, verweigerte die Nahrung. Akute Entwicklung, rasches Abklingen nach 7 Monaten. Keine Anstaltsbehandlung. Ziemlich unvermittelter Übergang in submanischen Zustand. War heiter, fühlte sich leistungsfähiger, wurde anspruchsvoller, legte Wert auf elegante Kleidung. Dauer etwa 2 Jahre.

Dann akute Verschlimmerung: heitere Affektlage, Neigung zu zornmütigen Affektentladungen. Äußerte damals zum ersten Male Beeinträchtigungsideen, man mache ihr allerlei zum Possen, lasse z. B. Milch überlaufen, um sie zu ärgern. Allmähliches Abklingen nach 3 Monaten. Wurde zu Hause verpflegt.

W. blieb dann 2 Jahre gesund, war nach Angabe der Angehörigen durchaus leistungsfähig, ihre Tüchtigkeit im väterlichen Geschäft wird ausdrücklich hervorgehoben.

1907 Plan einer Verlobung mit einem älteren Herrn in Amerika. Auf der Reise nach Berlin Erregungszustand, der Aufnahme in ein Sanatorium nötig machte (Anfang Juli 1907 bis Anfang Januar 1908). Die Krankengeschichte schildert anfangs einen manisch-depressiven Mischzustand und auch später erscheint das manische Bild nie rein, eine querulatorische Komponente ist fast dauernd vorhanden, zeitweilig kommt es zu heftigen Affektentladungen. Von Anfang an spielen Personenverkennungen eine Rolle, die fast bis zum Schluß der Anstaltsbehandlung festgehalten werden. Äußert gelegentlich Größenideen.

Nach etwa 4 Monaten Abnahme der Reizbarkeit. Patientin wird mehr euphorisch, verkennt nach wie vor die Umgebung.

Bei der Entlassung immer noch leicht manisch, setzt in diesem Zustande ihre Reise nach Amerika fort, verlobt sich 4 Wochen nach der Ankunft mit einem jungen Herrn, nachdem der ihr designierte ältere Herr gestorben war. Zu der Zeit wohl flott manisch, dann Umschlag in Depression, wird zuerst in einer Nervenheilanstalt in New-York, dann in einem Sanatorium in der Heimat untergebracht (April 1908).

Dort depressives Bild mit vielen Kleinheits- und Versündigungsvorstellungen, sei ein Ungeheuer, das die Eltern umgebracht habe, verdiene dafür die Todesstrafe, gehöre ins Gefängnis, ihr Vater sei bettelarm geworden, müsse sich das Geld für ihre Verpflegung in der Anstalt borgen, ihretwegen müssen viele Existenzen zugrunde gehen.

Mißdeutet Zessieren der Menses in depressivem Sinne, habe ein Kind im Leibe, habe eine schwere Sünde begangen; um ihre

Schuld wieder gut zu machen, wolle sie bis an ihr Lebensende in der Anstalt als Dienstmädchen bleiben. Ihre Zähne seien Giftzähne, sie schmecke das Gift, ihr Körper werde immer mehr vergiftet, sonstige Wahnideen werden nicht produziert. Der depressive Affekt ist dauernd im Vordergrunde, es kommt zu wiederholten energischen Strangulationsversuchen. Hemmung wird in der Krankengeschichte nicht verzeichnet. Nach etwa Jahresfrist treten die depressiven Ideen etwas zurück, Patientin spricht von ihren Ideen als von Wahnideen, produziert aber dann wieder die früher geäußerte Idee der Schwangerschaft und bringt sie in Beziehung zur Außenwelt, sie sei deswegen Weltgespräch geworden, sogar der Kaiser wisse davon, ihre Schwangerschaft sei an die große Glocke gekommen, es werde jetzt in den Schulen ganz anders unterrichtet, weil sie in geschlechtlichen Dingen so unwissend gewesen sei; äußert auch Beziehungsideen, man spotte über sie, auch auf dem Schiff sei ihr das Mienenspiel der Mitreisenden aufgefallen. Nach weiteren 2 Monaten Abblassen der depressiven Vorstellungen mit teilweiser Korrektur, sie habe sich das mit der Schwangerschaft nur eingebildet, weil sie in sexuellen Dingen so unerfahren gewesen sei.

Der depressive Affekt hat einer reizbaren Stimmung Platz gemacht, Patientin ist sehr übelnehmerisch, hetzt andere Patienten auf. Die Gereiztheit hält dann noch einige Wochen an.

Entlassung am 2. September 1909.

Nach Angabe der Angehörigen hat dann Patientin zu Hause etwa noch 3 Monate an „Verfolgungsideen" festgehalten, erschien dann ihrer Umgebung wieder ganz gesund, war in keiner Weise auffällig, war wieder im Geschäft tätig.

April 1911 abermalige Verlobung. Im psychischen Verhalten zu der Zeit nichts Auffälliges. Ende Juni 1911 Klagen über Schlaflosigkeit, Stimmungswechsel, Patientin war verstimmt, gereizt, barsch. Äußerte Beeinträchtigungsideen, ein Bekannter machte über sie und ihren Bräutigam herabsetzende Bemerkungen (Phoneme?); war erregt, erkannte die Eltern nicht als die ihrigen an, die Hochzeit hätte schon stattgefunden, steckte den Verlobungsring an den Goldfinger der rechten Hand. Wurde wieder ins Sanatorium gebracht. 5. 7. 1911.

Bei der Aufnahme erregt, ungeniertes Benehmen, exhibitionistisch. Gute Orientierung. Die Stimmung wechselt zwischen Euphorie und Gereiztheit, es besteht Ideenflucht mit vielen Klangassoziationen, Ablenkbarkeit durch äußere Eindrücke, Beziehungsideen gegen Arzt und Anstalt, schimpft viel. Gegen Ende 1911 ruhiger, aber immer noch ideenflüchtig in ihren Äußerungen, kommt vom Hundertsten ins Tausendste. Bei Besuchen von Ange-

hörigen leidlich geordnetes Verhalten. Gegen ärztlichen Rat aus der Anstalt fortgenommen und in private Pflege untergebracht. 19. Mai 1912.

Dort eine Zeitlang einigermaßen geordnetes Verhalten, dann durch lautes nächtliches Singen störend.

Aufnahme in die hiesige Klinik am 7. Juni 1912.

Bei der Aufnahme gehobenes Selbstgefühl, gehobene Stimmung, Rededrang ideenflüchtigen Inhaltes. Gute Orientierung. Auf der Abteilung starker Rededrang, die Euphorie schlägt bald in gereizte Stimmung um, Patientin kritisiert in abfälliger Weise Einrichtungen der Klinik, beschimpft andere Patientinnen, ist dabei wenig wählerisch in ihren Ausdrücken. Auf der ruhigen Abteilung ist sie sehr störend, singt laut allerlei deutsche und polnische Lieder, benimmt sich rücksichtslos den anderen Kranken gegenüber, wird auf die unruhige Abteilung verlegt.

Hier fortgesetzter, lebhafter, incohärenter Rededrang, lautes Singen, erotisches Benehmen; dann wieder sehr gereizt, schimpft viel, vergleicht das Essen mit Urin und Fäces. In ihre ideenflüchtigen Äußerungen verflicht sie viel hebräische und polnische Worte. Nur zeitweise zu fixieren, verfällt meist auf Anreden sofort in ihr ideenflüchtiges Geschwätz, an einzelne Fragen dabei anknüpfend.

11. 6. Heute etwas zugänglicher, klagt über Reißen im linken Ohr. Läßt sich untersuchen.

Furunkel im linken Gehörgang. Innere Organe o. B. Neurologisch o. B.

15. 6. Der Rededrang steigert sich zu starker Verworrenheit, dabei Auftreten von verbigeratorischen Elementen. Es gelingt aber doch, Patientin zu fixieren, sie zeigt sich gut orientiert, gibt, wenn auch unter häufigem Abschweifen vom Thema, ganz leidlich Auskunft. Kein Krankheitsgefühl, für die früheren Attacken wohl nur summarische Erinnerung und teilweise Einsicht (Depression: „das war eine schreckliche Krankheit"). Bei der Erörterung ihrer früheren Erkrankungen neigt Patientin zu paranoider Mißdeutung, sucht andere verantwortlich zu machen.

Beginnt auch hier einzelne, ganz alltägliche, indifferente Dinge, z. B. das Wichsen des Linoleums, zu mißdeuten und auf sich zu beziehen. Auf den Fußboden zeigend: „Da war ein solcher Quark, Globus Fritz Schulze (Linoleumwichse), der wurde da eingerieben, was für Gift wurde da aufgelegt! und da schlief ich wie betäubt ein, wurde ganz heiser." Patientin verkennt die Personen der Umgebung, belegt Ärzte, Personal und Kranke mit Namen, die wohl ihrem Bekanntenkreis entlehnt sind.

Die Stimmung bleibt meist gereizt, steigert sich gelegentlich zu zornmütiger Erregung, die mit vorübergehender Euphorie abwechselt. Es besteht lebhaftes Gestikulieren, zeitweilig wandert Patientin im Saal herum.

19. 6. 12. Bei einer klinischen Vorstellung ist Patientin sehr geschwätzig, kritisiert den Praktikanten, macht schlagfertige Bemerkungen, ist lebhaft in der Mimik, zeigt rasche Auffassung. Die Stimmung ist euphorisch mit einem leichten gereizten Unterton. Einzelne Äußerungen verraten eine hohe Einschätzung ihrer Persönlichkeit. Im ganzen ungeniertes, unbefangenes Benehmen. Auch bei der Demonstration im Hörsaal werden einzelne Personen verkannt.

In den nächsten Monaten änderte sich das Bild wenig, Patientin spricht sehr viel in ideenflüchtiger Weise, die Affektlage ist ausgesprochen euphorisch, gelegentlich ist Patientin gereizt, schimpft auf die Klinik, Ärzte und Kranke, die Personenverkennungen werden festgehalten, gegen einzelne Kranke und gegen das Personal allerlei Eigenbeziehungen.

Ende September ändert sich der Zustand insofern, als Patientin zeitweise das Bild des manischen Stupors bietet. Liegt, sich selbst überlassen, still im Bett, dabei lebhafter Blick, heiterer, verschmitzter Gesichtsausdruck.

Wird Patientin angeredet, so kommt sie indessen meist in ihren ideenflüchtigen Rededrang hinein.

8. 10. Wechselndes Bild. Bald ausgesprochen manische Erregung, bald manisch-stuporös. Gelegentliche Vergiftungsideen, im Essen sei Zinnober, ihre Zunge sei davon ganz schwarz geworden. Meist werden derartige Äußerungen dann gemacht, wenn es sich um Speisen handelt, die ihr weniger zusagen.

19. 10. In den letzten Tagen ruhiger, zugänglicher. Verlangt Pulver gegen Kopfschmerzen, erklärt spontan, daß ihr danach besser geworden sei, zwei Tage später beschimpft sie die Schwester: „Ich kenne Ihre Pulver! Mir ist danach ganz schlecht geworden. Es hat sich alles nach dem Pulver geändert."

5. 11. Ideenflüchtig, gereizt, launenhaft, degagiert. Gibt schnippische Antworten. Beeinträchtigungsideen, könne sich hier nicht waschen, da die Handtücher stinken, das Essen, das sie bekomme, sei von anderen ausgespuckt.

2. 12. Wechselnde Affektlage, tageweise heiter, euphorisch. Bei ihrer Ideenflucht leidlich geordnet, orientiert. Hält sich für gesund, werde nur durch die Umgebung roh und gemein gemacht, sie sei deswegen manchmal so laut, weil sie doch nicht immerzu schlafen könne und keine Beschäftigung habe. Tageweise sehr gereizt, zornmütiger Affekt, der durch vermeintliche Zurück-

setzung beim Essen ausgelöst wird. Bei den fortbestehenden Personenverkennungen werden auf dieselben Personen immer dieselben falschen Bezeichnungen angewandt. Beziehungsideen gegen das Personal, gegen bestimmte Kranke. Ihr Essen sei verunreinigt, sei das, was andere nicht essen mögen oder von anderen übrig gelassen werde. Im Essen sei der Kot einer anderen Patientin; macht dann immer dieselbe, ihr unsympathische Kranke namhaft.

5. 1. 13. Im ganzen unverändertes Bild.

9. 1. Etwas ruhiger als sonst, verstimmt.

3. 2. Nach einigen Tagen ganz ruhigen, geordneten Benehmens wieder sehr unruhig, schimpft viel, ideenflüchtig.

12. 2. Tagsüber meist ruhig, leidlich geordnet, noch deutlich ideenflüchtig. Nachts noch laut, singt und schimpft, will das dann am nächsten Tage nicht wahr haben. Behauptet ab und zu, es sei Schmutz im Essen, oder es sei verdorbenes Fleisch benutzt worden.

24. 2. In den letzten Tagen leidlich geordnetes Verhalten, Ideenflucht nicht mehr so ausgesprochen, aber noch deutlich. Nachdem Patientin auf Schlafmittel geschlafen hat, fragt sie, ob Gift im Pulver gewesen sei.

Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden, dagegen macht Patientin Konzessionen. Sie sei wohl etwas erregt gewesen, daran seien aber äußere Einflüsse schuld gewesen. Hat noch allerlei oberflächliche Beziehungsideen, sie sei unhöflich behandelt worden, der Arzt habe sich ihr nicht vorgestellt, die Schwester habe ihr bei der Rückkehr vom Urlaub nicht die Hand gegeben.

Ob die Erinnerung an die ganze Zeit des Klinikaufenthaltes vorhanden ist, läßt sich schwer entscheiden. Patientin stellt jedenfalls eine Anzahl paranoider Äußerungen in Abrede. Die Personenverkennungen werden korrigiert. Es habe sich um Ähnlichkeiten gehandelt, die Mehrzahl der Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen sucht Patientin zu begründen. — Sie wisse doch z. B., wie es in einer Küche zuginge, es wäre doch möglich, daß die Kessel einmal nicht ordentlich gesäubert würden, daß sich dann Grünspan ansetzen könnte und das Essen dann danach schmecke, in dieser Beziehung könne man ihr nichts vormachen.

24. 2. Gegen ärztlichen Rat vom Vater nach Hause genommen.

Die von jeher etwas labile Patientin macht mit 24 Jahren die erste Depression durch, bietet dann 2 Jahre lang ein hypomanisches Bild, das in eine ausgesprochene Manie ausklingt. Während dieser etwa 3 monatigen manischen Attacke treten zum erstenmal Beeinträchtigungsideen auf. Nach 2jähriger Pause, während der W. vollkommen leistungs-

fähig ist, entwickelt sich eine flotte Manie, die annähernd 3 Vierteljahre mit kleineren Schwankungen anhält; außer gelegentlichen Größenideen kommt es zu Personenverkennungen, die, soweit die ärztliche Beobachtung reicht, 4 Monate lang festgehalten werden. In der sich unmittelbar anschließenden depressiven Phase von über 1 Jahre Dauer spielen Beziehungsideen — wie es scheint im Stadium des Abklingens der akuteren Zeit — mit Andeutung von Systematisierung eine Rolle, die dann wenigstens teilweise korrigiert werden. Nach einer Remission von 2 Jahren setzt eine neue manische Attacke ein, bei der während der ganzen Dauer paranoide Komplexe nachzuweisen sind, die mit dem Abblassen der Erregung zum größten Teil verschwinden.

III. Selma W., geb. 20. 1. 1858.

Aufnahme: 3. 10. 11.

Entlassung: 27. 2. 12.

Anamnese: Nach Angabe der Angehörigen Schwester des Vaters im Alter psychisch krank. Bruder der Patientin eine Zeitlang geisteskrank (man.-depress.?), später gesund. Patientin selbst lebhaften Temperaments. 1881 Heirat, 4 gesunde Kinder, 1893 zum erstenmal psychisch erkrankt. August 1893 bis März 1894 in Provinzialanstalt.

Nach der Krankengeschichte handelt es sich um eine Depression mit manischen Episoden. Patientin äußert seit Beginn des Anfalls Beeinträchtigungsideen und Verfolgungsideen ohne Systematisierung, hält einige Zeit daran fest. In den manischen Episoden werden phantastische Größenideen, zeitweilig auch Vergiftungsideen, produziert. Abklingen der paranoischen Komplexe mit dem Schwinden der akuteren Symptome.

Nachher wieder ganz gesund, doch reaktiv auf unangenehme Erlebnisse stärkere Verstimmungen als vor der Erkrankung. Jetzt seit Mitte August 1911 krank. Beginn mit Schlaflosigkeit, viel Klagen über körperliche Beschwerden, allmähliche Verschlechterung. Habe ansteckende Krankheit, alles sei durch sie verpestet, sie müßte aus der Wohnung heraus, die Welt werde untergehen, sie und die Angehörigen wären schuld daran, Verarmungsideen, das Geld werde nicht mehr langen. In den letzten Tagen wenig gegessen, Vergiftungsfurcht, immer schweres Krankheitsgefühl. Vorgestern Nacht aufgestanden, geäußert, die Wohnung sei voll Pulver, das Klosett sei verstopft.

Befund: Bei der Aufnahme gut orientiert. Fragen über Personalien, Familienverhältnisse werden von der Patientin ohne

Zögern beantwortet, während Auskunft über Beginn und Verlauf der Erkrankung nur sehr langsam und wortkarg erfolgt. Jetzt Gefühl krankhafter Veränderung, sie sei ganz anders als früher; angefangen habe die Krankheit vor mehr als 6 Wochen mit „Blasenkrampf". Sie habe gedacht, sie leide an einer ansteckenden Krankheit, weil ihr Urin so rot war, im Zimmer sei ein schlechter Geruch, ganz schlechte Luft gewesen, daher habe sie sich „eingebildet", daß die Welt untergehen würde, sie sei schuld am Weltuntergang, weil sie den Schmutz in ihrem Keller nicht habe ausräumen lassen, habe geglaubt, sie solle durch die ihr verordnete Medizin vergiftet werden, weil sie an allem schuld sei, habe sich Sorgen gemacht, daß das Geld nicht mehr reichen werde. Aus der Wohnung sollten sie ausziehen, weil der Mann jetzt nichts mehr verdiene. Patientin spricht langsam, leise, bewegt oft die Lippen, ohne Laute hervorzubringen. Spärliche Bewegungen, während der Exploration nimmt sie dauernd die gleiche Haltung ein. Körperlicher Befund: Groß, schlank, dürftiger Ernährungszustand, blasse, gelbliche Hautfarbe, Urin dunkelbraun, Spuren von Eiweiß, viel Urobilin, auch Spuren von Bilirubin.

Neurologisch o. B.

4. 10. Patientin beginnt laut zu sprechen, die einzelnen Sätze wiederholt sie zwei-, drei- bis viermal, dann eine Zeitlang Verbigerieren. Kein bestimmter Affektausdruck. Am Nachmittag liegt Patientin still im Bett. Es sei so von selbst gekommen, daß sie diese sinnlosen Laute hervorbrachte.

9. 10. In den letzten Tagen etwas freier in den Bewegungen. Lebhaftere Blickbewegungen, spricht etwas flotter, dabei aber immer noch langsam, arm an Spontanbewegungen. Gutes Situationsverständnis für Einzelheiten, oberflächliches Krankheitsgefühl. Sie habe sich allerlei Krankheiten eingebildet, habe dann geglaubt, sie habe durch ihre Krankheit die ganze Menschheit vergiftet, die Welt müßte ihretwegen untergehen. Auch die Kinder seien ihr krank, so duselig vorgekommen, habe geglaubt, der Wirt werde ihnen die Wohnung kündigen, weil sie alles vernachlässigt und dadurch den Geruch im Keller hervorgerufen habe. Neben dieser oberflächlichen Krankheitseinsicht auch jetzt noch wahnhafte Deutungen von Krankheitssymptomen im Sinne des Schuldgefühls. Der schlechte Geruch komme vielleicht daher, weil sie solange verstopft gewesen sei. Zu Hause habe sie viel Tabletten bekommen, sei danach wie tot gewesen.

16. 10. Krankheitsgefühl. Gemisch von mangelnder Zuversicht und Hoffnung auf Besserung; habe alles Zutrauen verloren, daß es wieder besser werde. Die Augen seien so eingefallen, die bringe sie gar nicht ordentlich mehr auf. Wisse nicht, was mit ihr

eigentlich noch werden würde, sei doch schon so lange hier und schon so lange zu Hause krank gewesen, müsse wohl Zeit ihres Lebens so sitzen bleiben. Es sei so ein Stumpfsinn in ihr, sie könne gar keine klaren Gedanken fassen, das müsse wohl so an der Krankheit liegen, daß sie so drähnig sei. Hoffentlich werde es wieder besser. Esse deswegen nicht viel, weil sie sich immerfort fürchte, daß nichts abgehe; im Leibe müsse doch alles festsitzen, wundere sich, daß ihr Leib noch nicht härter, immer noch so weich sei. Beschwerden mache ihr der Leib nicht. Verlangsamung der motorischen Äußerungen.

23. 10. Gestern Abend vor dem Einschlafen allerlei Häßliches gesehen, wie Kinderköpfe, Gestalten, welche sich immerfort „umlegten".

31. 10. Heute morgen laut gesungen. Ihre letzte Stunde sei wohl gekommen, habe gehört, daß die Pflegerin sagte, der Gefängniswärter werde sie jetzt behandeln; äußert Bedenken, daß sie vielleicht etwas Unrechtes gesagt habe, sie habe doch nicht etwa den Kaiser beleidigt; in der Nacht habe sie so schreckliche Bilder gesehen, schwarze Bilder, Köpfe, Schafe, schwarze Wagen, Pferde, Hühner, Stimmen seien es nicht gewesen. Mit dem Singen, das sei so komisch gewesen.

1. 11. Gestern abend gegen 10 Uhr begann Patientin wieder laut zu singen, war nachts schlaflos.

16. 11. Dauernd still, gehemmt, bekümmerter Gesichtsausdruck, ängstlich, depressive Vorstellungen, Selbstvorwürfe, Grübeleien über die Zukunft, müsse darüber nachdenken, was werden wird, habe alle umgebracht.

23. 11. Allmählich Abnahme der depressiven Symptome. Jetzt Krankheitseinsicht für die phantastischen Selbstvorwürfe, das sei ja Torheit, wie könnte denn alles untergehen, aber sie und ihre Familie würden untergehen, draußen müsse sie jetzt elendiglich zugrunde gehen, sie habe aber doch nicht herzukommen brauchen, mache hier nur unnötige Wirtschaft. Sie mache sich noch viele Gedanken, daß sie ihre Kinder nicht richtig erzogen habe, Stimmen habe sie eigentlich nie gehört; gute Erinnerung an das Singen und an das sinnlose Sprechen, das müsse doch wohl an der Krankheit liegen, sie wisse aber nicht, was das wäre.

24. 1. 12. In letzter Zeit Abnahme, doch nicht völliges Schwinden des Insuffizienzgefühls, geringe Zunahme der Aktivität, Wiedererwachen des Interesses für Umgebung und Familie. Unterhält sich zeitweise mit anderen Patienten, liest. Lebhafterer Gesichtsausdruck, lächelt, subjektiv Gefühl der Besserung und Hoffnung auf weiteren Fortschritt, dabei aber immer noch leichtes Gefühl der persönlichen Unsicherheit, zweifelnde Gedanken, ob

es auch gut bleiben werde. Gute Erinnerung an den Inhalt der depressiven Vorstellungen, habe damals geglaubt, an allem schuld zu sein, „es ist doch schrecklich, wenn der Mensch geisteskrank ist". Beginnt zu weinen.

20. 2. Völliges Schwinden der depressiven Stimmungslage und des Insuffizienzgefühls, weitere Zunahme der Aktivität.

27. 2. Dauernd ruhiges, geordnetes Verhalten. Keinerlei Klagen mehr, leicht vergnügte Stimmungslage, fühlt sich gesund,

27. 2. Geheilt entlassen.

Auch bei dieser Patientin besteht wahrscheinlich gleichartige Belastung. Mit 35 Jahren macht sie eine Depression mit manischen Episoden durch. Seit Beginn des Anfalles bestehen Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, die eine Zeitlang festgehalten werden. In den manischen Episoden kommt es zu Personenverkennungen und phantastischen Größenideen, ab und zu tauchen auch Vergiftungsideen auf. Nach dem Abklingen der Psychose erfolgt gute Korrektur.

In der mit 53 Jahren einsetzenden Depression bestehen dauernd phantastisch-paranoide Züge, es werden Vergiftungs- und phantastisch-hypochondrische Vorstellungen produziert, die auf die Umgebung ausgedehnt werden. Nach etwa 5 Monaten tritt mit der Genesung völlige Korrektur der Wahngebilde ein.

IV. Daniel v. D., geb. 30. 3. 1852.

Aufnahme: 15. 12. 1909.

Entlassung: 30. 4. 1910.

Anamnese: Vater im letzten Lebensjahre depressiv erkrankt. Älterer Bruder an progressiver Paralyse gestorben. Jüngerer Bruder stottert. Neuropath. Eine Schwester leidet an nervöser Taubheit.

Patient selbst hat vor ca. 20 Jahren Lues erworben. Nach Angabe der Frau vor ca. 14 Jahren mehrere Jahre lang still, zurückgezogen, Verarmungsideen. Kürzere Zeit in Anstalt. Dauer der Depression damals etwa 3—4 Jahre, dann Zeit gesteigerter Leistungsfähigkeit, kauft sich an, ist politisch tätig. 1904 diätetische Kur, dabei starke Gewichtsabnahme, dann ziemlich rasche Entwicklung einer Depression. Selbstvorwürfe, Angst, Verarmungsideen. Später paranoische Züge. Alle Zeitungen seien gefälscht, doppelt — in besonderer Ausgabe für ihn — gedruckt, hört Stimmen, die ihn beschimpfen, glaubt an Rohrleitungen aus dem Keller. Subjektiv ohne Krankheitsgefühl, dauernd stark ge-

hemmt, sprach nicht. Neurologisch damals Befund der Tabes. Dauer der Depression 2 Jahre. 1909 Einsicht für Stimmen, etwas zunehmendes Interesse, dann Umschlag in manische Stimmung, anschließend an eine fieberhafte Pyelonephritis. Subjektives Gefühl der Gedankenflucht, geistiges und körperliches Kraftgefühl, Rededrang und ideenflüchtiges Abschweifen, Neigung zu Obszönitäten und zum Protzen. Zunehmende krankhafte Betätigungslust. Keine Spur von Krankheitsgefühl, macht Käufe, stellt Oberförster lebenslänglich an, den er nicht kennt. Fährt viel weg, telegraphiert viel. Erotische Abenteuer, obszön und roh gegen die Frau. Andeutung von renommistischen Größenideen. Knüpft sexuelle Beziehungen an.

Zunehmende Erregung; entläßt seinen Diener, den er seit 20 Jahren hat, bedroht sein Personal, telegraphiert täglich lange Telegramme, bestellt Jacht, will neue Besitzungen in Ungarn kaufen. Bekommt auf einer Versammlung mehrfach Konflikte. Bleibt nachts bei einem Frauenzimmer, der Frau gegenüber gefühlsroh und brutal. Schläft nicht, von der Frau hierher gebracht.

Status: Schreibt sofort nach der Aufnahme eine Reihe von Protesten an den Oberstaatsanwalt, in denen er sich über widerrechtliche Freiheitsberaubung, Einsperrung hinter Schloß und Riegel beklagt und seine Entlassung fordert.

Ausgesprochen gehobene Stimmung mit gereizter Färbung und häufigen, rührseligen Anwandlungen.

Lebhafte Ideenflucht, schweift immer wieder auf Reminiszenzen ab, erzählt von Kriegsabenteuern, von seinen Marinedienstjahren, kehrt aber immer wieder zu den gleichen Gedanken, die seine Entlassung zum Inhalt haben, zurück. Räsonniert über den „preußischen Polizeistaat", entgleist in die verschiedensten Verbalinjurien gegen die Ärzte. Will über die Grenze als heimatloser Flüchtling ins Ausland, will die preußische Staatsangehörigkeit aufgeben, den Adel niederlegen, kein Edelmann mehr sein, nur noch „anständiger Weltbürger", will aus der konservativen Partei austreten, Sozialdemokrat werden.

Suggestibel, leicht ablenkbar auf andere Gedankengänge, Gesicht gerötet, Gestikulation und Mienenspiel lebhaft. Spricht mit lauter Stimme. Orientierung und Auffassung durchaus gut. Operiert mühelos mit Daten und Namen aus seinem Lebensgang. Spricht mit deutlich erhöhter Selbsteinschätzung von seinen Besitztümern, Erlebnissen, Reisen, Beziehungen zu Frauen und dergleichen. Etwas degagiert, erzählt Witze, besonders sexuellen Inhalts, spricht ohne weiteres von seinen intimen Privatverhältnissen, schimpft auf die Frau, weil sie ihn mit List in die Klinik gebracht

habe, will sich scheiden lassen, sei moralisch schon geschieden, nennt sie immer nur seine „frühere Frau"; zwischendurch wieder gemütlich, vertraulich, verspricht große Präsente. Körperlich: Befund der Tabes.

16. 12. Etwas zugänglicher, bereut die gröbsten Kraftworte, dann wieder gereizt, querulatorisch, befindet sich im ständigen Protest gegen seine Zurückhaltung in der Klinik, schreibt viel. Ideenflüchtig, kehrt aber gewöhnlich nach mehreren Abschweifungen zur Zielvorstellung zurück.

17. 12. Bedeutend ruhiger, aber ohne jedes Krankheitsgefühl.

19. 12. Dauernd gehobener Stimmung, queruliert, verfaßt wieder eine Reihe von Protestbriefen.

20. 12. Wechsel zwischen Gereiztheit und gutmütiger, unterhaltender Art. Ideenflucht unverändert. Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit.

23. 12. Im ganzen ohne Änderung. Stimmung meist gereizt. Ausgesprochene Ideenflucht. Degagiertes Verhalten. Kein Krankheitsgefühl. Wiederholt sich in seinen Erzählungen oft, bevorzugt bestimmte Schlagworte, schreibt viel Briefe, Telegramme usw. Die gereizte Stimmung schlägt öfter in weinerliche um. Beklagt dann sein trauriges Schicksal, gelegentlich Äußerungen gehobenen Selbstbewußtseins.

5. 1. 10. Gereizt auch gegen die Ärzte. Rededrang; läßt andere kaum zu Worte kommen. Ideenflüchtiges Abschweifen, kommt zu Zielvorstellungen immer zurück, schreibt sehr viel, mit der größten Leichtigkeit Briefe bis zu 40 Seiten, Eingaben und Beschwerden an die verschiedensten Behörden. Überreicht dem Barbier einen Stoß Briefe mit dem Versprechen von 1500 M., wenn er sie durchschmuggle. Bewegt sich in Drohungen mit den verschiedensten gerichtlichen Klagen. Neigung zu rührseligen Wandlungen. Erzählt weitschweifig und unmotiviert die intimsten Angelegenheiten, Reminiszenzen drängen sich massenhaft auf.

Will mit den Ärzten nur noch schriftlich verkehren, da er Sozialdemokrat, nicht mehr Baron sei. Will nur noch 3. Klasse liegen, nicht die 1. bezahlen; schreit laut, er wolle lieber mit anständigen Handwerkern als mit den verhurten, verlumpten, versoffenen Grafen und Baronen verkehren, belegt vor versammelten Kranken die Ärzte, seine Frau mit beleidigenden Äußerungen.

7. 1. Wieder ruhiger, zugänglicher.

10. 1. Teils heiter, teils stark gereizt, sonst unverändert.

11. 1. Heute sehr gereizt, schimpft laut, gibt auf Fragen keine Antwort, verlangt dringend seine Entlassung. Nachmittags weiner-

lich, lamentiert, alles in theatralischer, pathetischer Weise. Beim Besuche der Frau sehr lebhaft, erregt, schlägt mit den Armen um sich, er werde gleich sterben, wenn seine Frau nicht sofort weggehe. Abends liegt er auf dem Sofa, starrt in die Höhe, spricht vor sich hin in gedehnter Weise, meist unzusammenhängend und unverständlich, spricht viel vom Syrius.

20. 1. In der letzten Woche ziemlich unverändert, oft gereizt, dazwischen mehr heiter.

Am 17. 1. meint er, daß er bestimmt entlassen würde, begann seine Sachen zusammenzupacken, schreibt sehr viel, in seinen Äußerungen zerfahren und unzusammenhängend. Heute nacht sehr erregt, ziemlich verworren in seinen Äußerungen. Die Gräfin H. sei seine Braut, nun habe sie ihm vom Syrius gesprochen, spricht öfters von Stimmen, die er höre.

21. 1. Noch immer sehr erregt. Läßt seine Sachen zusammengepackt, werde bald entlassen werden, wisse es durch Stimmen, wiederholt sich in seinen Erzählungen, im ganzen wenig produktiv.

22. 1. Heute vormittag wieder ein traumähnlicher Zustand. Patient lag auf dem Sofa, sprach vor sich hin, von Rosalie, vom Syrius. Bei einem Besuch redete er seine Frau dauernd mit falschem Vornamen „Rosalie" an.

28. 1. In den letzten Tagen etwas geordneter. Der Affekt ist im ganzen etwas geringer, öfters Äußerungen oberflächlicher Beziehungsideen; die Zeitungen seien mit Rücksicht auf ihn gemacht, findet unter den Familienanzeigen lauter Beziehungen auf sich, die Vornamen seiner Verwandten und ähnliches. Hier würde er von allen belogen, vom Geheimrat, vom Oberarzt und vom Stationsarzt, alle schauspielerten vor ihm.

30. 1. Am Abend wieder erregt, fordert dringend seine Entlassung.

10. 2. Die Erregung hat in letzter Zeit etwas nachgelassen. Patient äußert jetzt öfters Beziehungsideen, in den Zeitungen stünden Dinge, die sich auf ihn bezögen, liest aus Annoncen Namen seiner Bekannten heraus. Alles, was in der Klinik vorgehe, käme in die Zeitung; auch in den Büchern, die er liest, findet er oft Beziehungen heraus auf seine eigenen Erlebnisse; nur das Erscheinungsjahr der Bücher stimme nicht; sie seien erst später gedruckt. Alles dies trägt einen etwas spielerischen, nicht ganz ernstgemeinten Charakter. Patient begründet seine Äußerungen mitunter damit, daß er eben ein Phantast sei.

20. 2. Die traumhaften Zustände sind noch mehrere Male aufgetreten. Patient blieb dann im Bett mit geschlossenen Augen, erzählte, er sei auf dem Syrius mit der Rosalie, die Ungläubigen

dürften nicht hin, alles dies in etwas theatralischer, spielerischer Weise, lacht dann selbst darüber. Beobachtet dabei die Vorgänge in der Umgebung gut.

Die Reizbarkeit hat im ganzen erheblich abgenommen. Ideenflüchtig wie früher, redselig. Bei Besuchen seiner Frau dieser gegenüber sehr ablehnend, spricht immer von ihr als von seiner früheren Frau, sei mit der Gräfin R. H. verlobt, werde sie heiraten, sobald er von seiner Frau geschieden sei.

Auf der Abteilung unterhält er sich viel mit den Patienten, ulkt mit ihnen herum, macht Scherze. Stimmung im ganzen heiter, nur gelegentlich durch Ausdrücke gereizter Erregbarkeit unterbrochen, die Beziehungsideen werden noch häufiger geäußert.

5. 3. Ziemlich gleichförmiges Bild. In seinen Gedankengängen ziemlich monoton, spricht viel von seiner zukünftigen Heirat mit der Gräfin, erzählt es allen Patienten auf der Abteilung. Knüpft allerlei oberflächliche Beziehungen an den Namen Rosalie, alles, was rot oder rosa ist, betrachtet er als eine absichtliche Beziehung auf diesen Namen. Stimmungslage meist heiter. Gegen die Frau dauernd ablehnend, doch auch mitunter inkonsequent.

23. 3. Beziehungsideen jetzt mehr zurückgetreten. Gegen die Frau dauernd ablehnend, spricht immer noch von ihr als von seiner früheren Frau.

10. 4. In der Lebhaftigkeit des Affektes etwas schwankend, sonst unverändert. Gegen die Frau immer noch ablehnend, er wolle nichts von ihr wissen, werde sich bestimmt von ihr scheiden lassen. Schreibt regelmäßig Briefe an die Gräfin H., von der er immer als von seiner Braut spricht, jetzt im ganzen gut lenkbar und leicht beeinflußbar.

19. 4. In den letzten Tagen wieder etwas gereizter, gegen die Frau beim Besuch sehr ablehnend.

23. 4. Gereiztheit hat wieder abgenommen. Patient verhält sich ruhiger.

29. 4. Stimmung meist heiter; zu Scherzen und Späßen geneigt, in der Unterhaltung oft ausgesprochen ideenflüchtig, verliert sich in weitschweifige Erzählungen von Reminiszenzen, knüpft auch manchmal locker an sprachliche Assoziationen an. Gegen die Frau weniger stark gereizt, doch noch immer dauernd ablehnend.

Sieht seiner Übersiedlung nach L. sehr mutvoll entgegen, hofft, daß er dort bald für gesund erklärt und entlassen werde.

Für Paralyse bestanden niemals Anhaltspunkte.

30. 4. 10. In das Pensionat L. überführt.

Am 8. 9. 10. gebessert nach M. entlassen. Hier dauernd hypomanisches Bild. Paranoide Züge treten nicht mehr auf.

18. 2. 11. gestorben.

Bei dem ebenfalls homonym belasteten Patienten setzen im 43. und 52. Lebensjahre Depressionen von 2 bezw. 4 Jahren Dauer ein. In der zweiten Depression erscheinen paranoide Züge in Form von Eigenbeziehungen. Auch in der späteren mit 56 Jahren beginnenden manischen Attacke entwickeln sich Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, die längere Zeit festgehalten werden. Eine bestimmte Beziehungsidee (Fälschung von Zeitungen) aus der Zeit der zweiten Depression taucht in der hier beobachteten manischen Attacke wieder auf. In mehrfach beobachteten deliriösen Traumzuständen ohne wesentliche Bewußtseinstrübung werden in spielerischer, tändelnder Weise wohl traumhafte Erlebnisse produziert. Die paranoiden Züge überdauern kurze Zeit den Höhepunkt der manischen Erregung, treten dann mehr und mehr in den Hintergrund, um nach Abklingen der Manie ganz zu verschwinden. In der restierenden hypomanischen Verfassung tauchen paranoide Bilder nicht wieder auf.

V. Emma C., geb. 12. 8. 57.

I. Aufnahme: 12. 4. 09.

Entlassung: 28. 7. 09.

Anamnese: Nach Angaben des Ehemannes keine Heredität. Patientin sei gut veranlagt gewesen, habe leicht und gut gelernt. Seit jeher sei sie nervös. Mit 25 Jahren wegen „nervöser Störungen" Sanatoriumsaufenthalt. Ebenso mit 40 Jahren, sei abwechselnd trüber und gehobener Stimmung gewesen, sprach damals viel davon, sich von ihrem Manne scheiden zu lassen, einen Arzt, den sie im Sanatorium kennen gelernt habe, zu heiraten. 2 Jahre später wieder in gleicher Weise erkrankt, damals ständiger Stimmungswechsel, Suizidideen, jetzt seit 3 Wochen wieder krank, schlief schlecht, sprach viel, pfiff, lachte, weinte, sprach wieder von Scheidung, wurde zunehmend unruhiger. Genauere anamnestische Daten sind vom Manne der Patientin nicht zu erhalten.

Befund: Patientin ist dauernd unruhig, lacht viel, singt, pfeift, amüsiert sich über die anderen Kranken, witzelt in läppischer Manier, läuft umher, bittet um einen Ärztemantel als Schlafrock, da sie doch nicht im Hemd Visite machen könne; in ihren sprachlichen Äußerungen deutlich ideenflüchtig. Subjektiv gehobenes

Wohlgefühl, stellt eine Unmasse Fragen an den Arzt, meist ganz unmotiviert.

Körperlich: Unregelmäßiger, häufig aussetzender Puls. Neurologisch o. B.

Nach den Angaben der Patientin war die Großmutter mütterlicherseits nervenkrank, Schwester der Mutter litt von Zeit zu Zeit an melancholischen Zuständen, Schwester des Vaters hat zwei Depressionen durchgemacht, Tochter eines Bruders des Vaters fünfmal in Irrenanstalt gewesen.

Als Kind sei sie sehr ungezogen gewesen, sei schon immer nervös gewesen, zeitweise schreckhaft, mit 15 Jahren sei sie sehr gedrückter Stimmung gewesen, habe viel geweint, glaubte, daß sie sterben müsse; mit 19 Jahren wieder traurige Verstimmung. Mit 25 Jahren, als der Vater krank wurde, viel traurige Gedanken, fürchtete ebenfalls krank zu werden, mit 29 Jahren — nach dem Tode des Vaters — viel Angst, glaubte sterben zu müssen, versuchte sich die Pulsadern aufzuschneiden. War 5 Monate in einem Sanatorium. Kurz vor der Verheiratung (mit 34 Jahren) unruhig, habe viel Pläne gemacht, habe sich in einem „hochgradig nervösen Zustande" verlobt. Von der Hochzeitsreise sei sie „melancholisch" zurückgekommen. 1893 und 1894, je im Anschluß an Fehlgeburt, wieder stärkere Verstimmungen. 1894 sei sie dann wieder in einem Sanatorium gewesen. Damals sei es ihr „glänzend" gegangen, nur wenn der Mann gekommen sei, sei sie sofort traurig geworden. 1899 und 1900 wieder wegen trauriger Verstimmung im Sanatorium, dann gesund bis 1904. Dann viel häusliche Szenen, trug sich viel mit Scheidungsgedanken, war dann wieder eine Zeitlang ausgelassen und vergnügt, im Anschluß daran depressiv. War wieder in einem Sanatorium. Herbst 1905 bis Mai 1906 wieder sehr „ausgelassen und vergnügt", sei „manisch" gewesen. 1907 wieder viel Aufregungen, im Anschluß an Todesfall in der Familie, wurde wieder in ein Sanatorium gebracht, nachdem sie sich beide Pulsadern aufgeschnitten hatte. Sei „glückselig" entlassen worden; Patientin hält die manischen Zeiten, auch ihren jetzigen Zustand, für normal. Ist einsichtslos und sucht alles psychologisch zu motivieren, habe jetzt viel Gedanken angenehmer Art, trage sich jetzt mit Heiratsgedanken. Als Scheidungsgrund könne sie viel angeben, ihr Mann sei impotent, außerdem habe der Mann mit der Frau seines eigenen Bruders sexuell verkehrt, sie habe auch mit anderen Männern verkehrt, wenn das alles nicht gelte, verlasse sie ihren Mann böswillig.

15. 4. Dauernd laut, spielt, singt, lacht und pfeift vor sich hin, belästigt die anderen Patientinnen, wolle sie aufrappeln, sie seien nur faul.

1. 5. Gleichmäßig erregt, verkennt Personen, hält eine Reihe von Kranken für Männer, den Stationsarzt bald für einen Doktor X, bald für dessen Vater, bald für irgend einen früheren Bekannten. Erotisch, obszön.

15. 5. Manisch erregt, nicht reizbar, ganz gut zu leiten. Schimpft nur auf ihren Mann, den sie als solchen nicht mehr anerkennt. Gelegentlich depressiv, weint und schluchzt, die Stimmung schlägt aber stets schnell wieder um.

11. 6. Keine Verkennungen mehr.

21. 6. In den letzten Tagen ruhiger. Häufiger Wechsel zwischen manischen und depressiven Phasen. Glaubt, es ginge seit 8 bis 14 Tagen besser, hält sich jetzt für gesund; sei sehr erregt gewesen. Ablenkbar, ideenflüchtig. Habe viel Gedanken, manchmal komme ihr allerlei Drolliges in den Kopf, daß sie lachen müsse.

30. 6. Gleichmäßig hypomanisches Bild.

Bittet um ein schriftliches Gutachten über ihren Geisteszustand, fürchtet von ihren Angehörigen verhöhnt zu werden.

10. 7. Zunehmende Einsicht. Spricht nur ungern über ihre Krankheit. Abneigung gegen den Mann geringer, sucht dagegen anzukämpfen.

Bei der Entlassung 28. 7. leicht hypomanisches Bild.

II. Aufnahme: 25. 5. 10.

Entlassung: 9. 12. 10.

Nach der Entlassung habe sich Patientin, wie der Mann angibt, matt und schlaff gefühlt, war etwas depressiver Stimmung, beschäftigte sich aber im Haushalte. Anfang August 1909 einige Tage im Bad Ch., auch dort noch nicht ganz gesund, fühlte sich nicht so kräftig wie früher. Keine tiefere Verstimmung, allmähliche Besserung, erschien Ende August ganz gesund, immer noch etwas nervös, regte sich leicht über Kleinigkeiten auf, nahm gleichgiltige Dinge sehr ernst.

Ostern 1910 kleine Unannehmlichkeiten im Haushalt, leicht gereizter Stimmung.

Vor 8 Tagen wurde sie plötzlich heftig gegen die Tochter ohne ersichtlichen Grund, war sehr laut, schimpfte, regte sich sehr über den Bruch einer Spiegelscheibe auf. In den letzten Tagen Wahnideen geäußert. Der Hausarzt habe sie beobachten lassen, in der Nervenklinik sei ihr Gewalt angetan worden, sie sei schwanger. Schrieb gestern sehr viel, daß man sie in der Klinik durch ein Schlafmittel betäubt und vergewaltigt habe, weinte in den letzten Tagen mehrmals, fühlte selbst, daß ihre Nerven angegriffen seien.

Bei der Aufnahme leicht gehobener Stimmung, erhöhte Selbsteinschätzung, Neigung zu Scherzen.

Körperlich: Zeichen von Bronchitis. Urin enthält Eiweiß. Neurologisch o. B.

26. 5. Hält laute Selbstgespräche; sie habe das Bedürfnis zu sprechen, sie habe doch in den 52 Jahren ihres Lebens so viel erlebt.

30. 5. Mit kurzen Unterbrechungen dauernd laut. Singt viel, antwortet auf Fragen singend. Orientiert.

4. 6. Gibt verworrene Antworten, ist aber im allgemeinen orientiert, wie aus einigen Äußerungen hervorgeht. Mißdeutungen: Sie sei hier in der Verbrecherstube der Anstalt, die Matratze habe „Verbrechen" gesagt, wirft sich im Bett herum, daß die Matratze knarrt. Sie sei der Erzengel Gabriel, glaube es aber selbst nicht, schimpft auf die Pflegerin, weist sie zum Zimmer hinaus, spricht bald laut schreiend, bald leise flüsternd, bald singend.

25. 6. Singt, lacht, pfeift in monotoner Weise, mischt sich in die Gespräche anderer Kranker, macht Bemerkungen über sie, belästigt andere Kranke; dauernd gehobener Stimmung, mitunter abweisend, schroff gegen die Pflegerin.

15. 7. Unveränderter Zustand. Psychomotorische Unruhe, pathetische Ausdrucksbewegungen, wälzt sich im Bett herum, zerreißt die Wäsche, ungeniertes Benehmen. Rededrang, zum Teil verworrene Äußerungen, reizbar, schimpft in groben Ausdrücken.

1. 8. Stimmung im allgemeinen heiter, leicht übergehend in Gereiztheit, redet den Arzt in letzter Zeit mit Wilhelm an.

4. 8. Auf dem Rücken unterhalb der rechten Skapula Phlegmone. Temperatursteigerung. Im psychischen Benehmen unverändert.

8. 8. Spaltung der Phlegmone in der Chirurgischen Klinik, dort sehr unruhig.

15. 8. Aus der Chirurgischen Klinik zurückgebracht. Heilungstendenz der Phlegmone. Gemisch von Euphorie und Gereiztheit, schimpft, kommandiert beim Verbandwechsel, singt Volkslieder. Ideenflüchtige Reden. Obszöne Klangassoziationen.

10. 9. Ruhiges, geordnetes Benehmen, Stimmung euphorisch. Heilung des Abszesses schreitet fort.

24. 9. Wieder mehr ausgelassen und heiter. Ideenflüchtige Reden, Klangassoziationen. Zeitweise gereizt, zorniger Affektausbruch. Sehr genau orientiert. Neigung zu kritischen Bemerkungen über ihre Umgebung.

5. 10. Stimmung mehr gleichmäßig heiter ohne Reizbarkeit.

20. 10. Dauernd gehobener Stimmung, ideenflüchtig abschweifend bei längerer Unterhaltung. Wunde verheilt.

12. 11. Die heitere Laune wird durch oft nur wenige Minuten dauernde depressive Stimmungsschwankungen unterbrochen. Pa-

tientin führt als Motiv dafür die vielen häuslichen Mißhelligkeiten an.

Sie habe schon zu viel durchgemacht, das können ihre Nerven nicht vertragen. Unvermittelt wieder heiter, vergnügt.

20. 11. Geordnetes, ruhiges Benehmen, keine Stimmungsschwankungen mehr. Wunsch nach Entlassung.

1. 12. Dauernd ruhiges, besonnenes Benehmen, zeitweilig auftretende myokarditische Störungen, dabei Klagen über Angst.

9. 12. Entlassen.

III. Aufnahme 29. 1. 11.

Entlassung 4. 7. 11.

Wird von den Angehörigen wieder in die Klinik gebracht. Nach Angabe der Angehörigen begann etwa 14 Tage nach der Entlassung aus der Klinik die depressive Verstimmung. Selbstvorwürfe über ihr Verhalten in der Klinik, Äußerungen von Lebensüberdruß. Patientin selbst gibt an, daß sie nach der letzten Entlassung aus der Klinik 14 Tage zu Hause im Bett gelegen habe, dann habe sie allmählich eine fortschreitende Veränderung ihres Wesens bemerkt, alles sei ihr unangenehm gewesen, sie habe zu keiner Beschäftigung Neigung gehabt, habe keine rechte Lebenslust mehr gehabt. An einigen Tagen habe sie sich aufraffen können aufzustehen, dann hätten sich Selbstvorwürfe eingestellt, die sich auf ihr Verhalten während ihrer Krankheit gegenüber ihren Familienangehörigen erstreckten, sie habe ihre Pflichten gegen ihre Familie nicht erfüllt, eine Frau habe doch etwas anderes zu tun als dauernd auf dem Sopha zu liegen. Fühle sich jetzt nicht krank, nur sehr matt, schuld daran sei vielleicht das viele Bettliegen oder die trüben Gedanken, sie könne sich jetzt nicht recht aussprechen, nur sagen, daß sie sich alle Schuld zuschreibe.

Spricht langsam, leise. Ängstlich-depressiver Gesichtsausdruck, Tränenausbrüche. Langsam und sparsam in den Bewegungen. Gut orientiert.

3. 2. Still, ruhig. Gedrückter Stimmung, keine stärkere Affektäußerung, befürchtet von hier in eine andere Anstalt gebracht zu werden.

13. 2. Stimmung gebessert. Patientin hofft bald wieder gesund zu werden, um nach Hause zu kommen. Neigung zu Betätigung, frei im motorischen Verhalten.

2. 3. Dauernd gleich ruhiges Verhalten, immer noch Sorgen und Bedenken, ob sie auch noch nach Hause käme.

15. 3. Hoffnungsvoller, äußert keine Zweifel mehr; wieder leicht gehemmt in motorischen Äußerungen.

10. 4. Meist still für sich, wieder etwas stärker depressiv, wieder zunehmendes Insuffizienzgefühl, im ganzen Verhalten Verschlechterung nach der depressiven Seite hin.

25. 4. Ist allmählich beständig depressiver geworden, Versündigungsideen und Beziehungsideen.

Beim Leeren der auf der Abteilung befindlichen Sammelbüchse äußert Patientin, das geschehe deswegen, damit sie die Kasse nicht bestehlen könne.

5. 5. Starke motorische Hemmung, ängstlich bekümmerter Gesichtsausdruck, wieder die alten Befürchtungen.

1. 6. Dauernd gleichmäßiger Zustand mit Mangel an motorischen und sprachlichen Äußerungen.

Vereinzelte Spontanäußerungen beschränken sich auf Fragen nach ihren Familienangehörigen.

20. 6. Im wesentlichen unverändert.

4. 7. Ungeheilt nach Hause entlassen.

13. 7. Nach Provinzialanstalt überführt.

Dort geringe Besserung der Depression. Patientin war dann im Herbst 1911 einige Tage zu Hause, wurde dann wieder nach der Provinzialanstalt gebracht, dort im April 1912 im wesentlichen unverändertes depressives Bild. Paranoische Symptome sind nicht wieder aufgetreten.

Die väterlicher- und mütterlicherseits gleichartig belastete Patientin macht in der Pubertät die erste Depression durch, erkrankt dann mehrfach depressiv und kommt seit Beginn der 30 er Jahre nicht mehr ins Gleichgewicht. In dem hier beobachteten manisch-depressiven Mischzustande kommt es etwa einen Monat lang zu Personenverkennungen, wobei indessen ein häufiger Wechsel in den falschen Bezeichnungen eintritt.

In der mit einem Mischzustand einsetzenden zweiten, in der Klinik beobachteten manisch-depressiven Attacke äußert die Patientin gleich zu Beginn des Anfalls locker systematisierte Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, späterhin tauchen dann flüchtige Größenideen auf und auf der Höhe der Erkrankung eine Zeitlang wieder Personenverkennungen. In der darauf folgenden depressiven Phase entwickeln sich Beziehungsideen von kurzer Dauer. Die Depression bleibt dann stationär, ohne daß paranoide Bilder wieder beobachtet werden.

VI. Marie B., geb. 11. 8. 1862.
Aufnahme: 28. 5. 1908.
Entlassung: 9. 6. 1908.

Nach den Angaben des Mannes der Patientin starb der Vater der Patientin an „Gehirntyphus". Die Geschwister des Vaters sowie dieser selbst seien exaltiert gewesen. Die Patientin selbst habe sich körperlich normal entwickelt, habe von jeher ein wechselndes Temperament gehabt, sei namentlich zur Zeit der Perioden sehr aufgeregt und heftig, zeitweise sehr ausgelassen und lustig gewesen. Etwa ein halbes Jahr nach der Geburt des letzten Kindes sei Patientin im Alter von 34 Jahren zum erstenmal psychisch erkrankt. Sie sei traurig gewesen und habe sich nicht zu irgend einer Arbeit aufraffen können. Nach etwa einem halben Jahr sei dieser Zustand abgeklungen.

Mit 40 Jahren sei Patientin wieder auffällig geworden. Die Stimmung wechselte häufig, meist war Patientin heiter, aber auch ängstlich. Sie erstattete bei der Staatsanwaltschaft eine Anzeige, die mit einer Mordaffäre in Zusammenhang stand. Es handelte sich um einen Mord, der in der von der Kranken vor 6 Jahren bewohnten Villa ausgeführt worden war. Sie glaubte den Mörder in einer Person des Ortes zu erkennen, sprach auch viel davon, daß ein verdächtiges Individuum die Villa beobachte und Einbrüche versuchen wollte. Außer der Anzeige an die Staatsanwaltschaft schrieb sie auch mehrere Briefe an die Ortspolizeibehörde. Einige Wochen später glaubte sie an einem Tage, als sie gegen Abend einer Freundin die Wohnungstür öffnete, neben dieser den Mörder stehen zu sehen und schlug schleunigst die Tür zu. In der Tat stand neben dieser Dame eine fremde Person, die nach Bewohnern im 4. Stock fragte. Den Mörder glaubte sie dann unter allen möglichen Verkleidungen zu sehen. Er habe von ihrer Denunziation erfahren, verfolge sie jetzt und suche sie zu ermorden. Sie horchte ängstlich an der Tür und bezog alle Geräusche in ihrer Wohnung auf den vermeintlichen Mörder. Diesen wähnt sie immer hinter der Tür und mißdeutet Geräusche über ihrer Wohnung in dem Sinne, daß der vermeintliche Mörder ein Loch in die Decke gerade über ihrem Bett säge, um sie von dieser Öffnung aus zu vernichten. Auch von ihrem Fenster aus glaubt sie ihn in allen möglichen Verkleidungen auf der Straße zu erkennen, die Verkleidungen nützten dem Manne nichts, da sie ihn immer an seinen Augen erkenne. Immer wieder bezog sie zufällige Geräusche auf das Verweilen des Mörders in ihrer nächsten Nähe. Sie deutete auch Äußerungen von Angehörigen, welche ihr diese Wahnideen auszureden versuchten, dahin, daß man sie nur beruhigen wolle, um sie so sicherer ins Verderben stürzen zu lassen.

Nach 8monatigem Aufenthalt in einer Provinzialanstalt, wo sie nach der Krankengeschichte einen manisch-depressiven Mischzustand bietet und monatelang an ihrem Wahnsystem festhält, wurde sie geheilt entlassen. Sie machte bei der Entlassung einen durchaus gesunden Eindruck, korrigierte ihre Ideen gut, wunderte sich, daß sie sich solche Vorstellungen habe in den Kopf setzen können.

Mit 42 Jahren wurde sie wieder erregt, hatte öfters Konflikte mit ihren Dienstboten, behandelte ihre Angehörigen schlecht. Sie äußerte auch jetzt wieder Wahnideen, die unter einander jedoch nicht näher verknüpft wurden. Der Mann habe einen Doppelgänger. An eine Zeitung schickte sie eine Anzeige wegen Anarchisten. Die Stimmung wechselte häufig. Aus einer gehobenen Stimmung verfiel sie häufig in trübe Stimmung, war zwischendurch auch für kurze Zeit leidlich gleichmäßig gestimmt. In den Zeiten euphorischer Stimmungslage äußerte sie öfters, sie sei verwandt mit dem österreichischen Kaiserhaus, ihr Bruder sei General und werde sie holen.

Dieser Zustand dauerte etwa ein halbes Jahr.

Mit 43 Jahren wurde sie wieder traurig, weinte viel, äußerte Verarmungsideen: nach etwa 4 Monaten klang dieser Zustand allmählich ab.

Ein halbes Jahr später war sie wieder ausgesprochen depressiv und machte einen ernsten Selbstmordversuch.

Mit 45 Jahren war sie einige Monate sehr heiter, neigte zu ungeniertem Benehmen, obszönen Ausdrücken, vernachlässigte sich im Anzug, gab viel Geld in unverständiger Weise aus. Die anfangs euphorische Stimmungslage schlug in eine nörgelnde, querulierende Stimmung um, so daß Patientin viel Konflikte mit Hausbewohnern bekam. Dieser Zustand ging dann allmählich durch ein leidlich gesundes Stadium von 14 Tagen in eine Depression über.

Patientin wurde traurig, konnte sich zu nichts entschließen, hatte allerlei körperliche Beschwerden und klagte über Angst.

Bei der Aufnahme war Patientin äußerlich geordnet, gab bereitwillig Auskunft; seit etwa 14 Tagen habe sie Angstgefühl im Herzen, sie habe geglaubt, daß ihr Zustand sich wieder soweit verschlimmern würde, daß sie wieder Selbstmordversuche machen könnte. Sie sei traurig, die Arbeit ginge ihr gar nicht von der Hand, alles fiele ihr so schwer, sie könne sich zu nichts entschließen, ihre häuslichen Arbeiten kämen ihr als eine große, nicht zu bewältigende Aufgabe vor.

30. 5. Patientin ist merklich freier, keine Hemmung, die Stimmung ist hoffnungsvoll. Mitunter nörgelt Patientin.

1. 6. Die Besserung hält an. Patientin glaubt, bald wieder arbeiten zu können, möchte gern aufstehen, will bald nach Hause, um ihren häuslichen Pflichten nachzugehen.

9. 6. Anzeichen für Depression nicht mehr vorhanden, keine depressiven Vorstellungen mehr. Gute Einsicht für die Wahnmotive in den früheren Erkrankungen. Geheilt entlassen.

In der Aszendenz der Patientin finden sich exaltierte Charaktere. Die Patientin neigt von jeher zu Affektschwankungen, hauptsächlich zur Zeit der Menses. Mit 34 Jahren, ein halbes Jahr nach der Geburt des letzten Kindes, macht sie eine Depression von zirka einem halben Jahre Dauer durch. Mit 40 Jahren erkrankt Patientin an einem manisch-depressiven Mischzustande, in welchem es rasch zur Entwicklung systematisierter Wahnbildungen kommt, die nach dem Abklingen der Psychose völlig korrigiert werden. In der mit 42 Jahren ausbrechenden manisch-depressiven Attacke (Mischzustand) kommt es zu Größenideen, sonstige Wahnbildungen bleiben rudimentär. Patientin macht dann noch mehrfach kurzdauernde leichtere Schwankungen durch, um mit 43 Jahren wieder ausgesprochen depressiv zu erkranken. In dieser Attacke sowie in den späteren manischen und depressiven Exazerbationen werden paranoide Züge nicht mehr beobachtet.

VII. Wanda W., geb. 30. 12. 60.

Aufnahme: 27. 11. 1911.

Entlassung: 10. 1. 12.

Nach den Angaben der Angehörigen sind Geschwister des Vaters der Patientin und dieser selbst an Gehirnarterienverkalkung gestorben. Geburt und Jugendentwicklung der Patientin normal. Mit 16 Jahren menstruiert. Auf der Schule sehr gut gelernt. Lehrerinnen-Examen für höhere Mädchenschule mit der Note I bestanden. War viele Jahre im elterlichen Haushalt tätig, hat etwa 10 Jahre lang ihre kranke Mutter gepflegt.

Vor 8 Jahren Fremden-Pension gegründet, bis vor einem Jahre geleitet.

Vor etwa 1½ Jahren, zur Zeit, als die Menses anfingen, unregelmäßig zu werden, fiel Patientin durch eine gewisse Unruhe auf, trug sich mit dem Gedanken, ihre Pension zu verkaufen, konnte sich aber nicht recht schlüssig werden.

Die allgemeine Unentschlossenheit steigerte sich nach dem Verkauf der Pension. Patientin hatte allerhand Pläne, brachte keinen zur Ausführung. Abnahme der Leistungsfähigkeit, subjektives Insuffizienzgefühl, sprach gelegentlich davon, daß sie nicht mehr so energisch sei wie früher. Wechselte oft ihren Aufenthalt, war mehrere Monate im Krankenhaus bezw. Sanatorium.

Hielt es nirgends aus, weil sie glaubte, daß in den Sanatorien und Pensionen, in denen sie sich aufgehalten hatte, sexuelle Verfehlungen vorkämen, ein unmoralisches Leben geführt würde. Reiste vor 8 Tagen plötzlich zu ihrer Schwester nach K., kam unangemeldet in der Nacht an. Äußerte hier Beziehungsideen gegen ihre Verwandten. Diese behaupteten, sie hätte schmutzige Bankgeschäfte gemacht, das Geld ihrer Familie dabei verloren. Sie sei bereits 13 Monate in anderen Umständen, habe schon zu der Zeit, als sie noch die Pension besaß, und auch später mit einer Anzahl von Herren im sexuellen Verkehr gestanden. Man habe sie nackt in einem Zirkus dem Publikum zur Schau gestellt.

Im Sanatorium sei sie nachts vom Arzt sexuell attackiert worden, der Arzt habe ihr zu dem Zweck vorher ein Schlafmittel gegeben. Gemerkt habe sie es an verschiedenen Gummiartikeln, die am Morgen vor ihrem Bett gelegen hätten. Glaubte, sie würde, da man sie für eine unmoralische Person halte, von der Polizei gesucht. Stimmung gereizt, keine Selbstvorwürfe. Im Wartezimmer Äußerung, die Klinik sei kein Krankenhaus, sondern ein Bordell, wo sie gemißbraucht werden solle.

Soweit bekannt, gleichmäßigen Temperaments, manchmal zu Witzen geneigt. Vor 8 Jahren anscheinend Depressionszustand. Die Angehörigen können nur angeben, daß Patientin damals etwa ½ Jahr lang sehr traurig war und einen Selbstmordversuch (Gift) gemacht habe.

Somatisch außer Akzentuierung des II. Aortentones nichts Abnormes.

Neurologisch o. B.

Zeitlich, über eigene Person gut orientiert. Bei der Frage nach örtlicher Orientierung: „Ich glaube, ich wurde in eine Nervenheilanstalt, in ein Sanatorium wie in W. gebracht, das ist aber hier etwas anderes." Bringt dann mit großer Lebhaftigkeit ihre Beeinträchtigungsideen gegen ihre Verwandten vor. Diese wollen sie irgendwo unterbringen, wo sie für die Welt tot wäre; die Verwandtschaft habe es auf ihr Geld abgesehen und sie hier unter einem falschen Namen untergebracht. Will ihre kurz vorher ihrer Schwester gegenüber getanene Äußerung, sie befinde sich hier in einem Bordell, nicht wahr haben, schiebt diese Äußerung ihrer Schwester zu.

Patientin selbst gibt an, ihr Vater sei 49 Jahre alt gestorben an „Gehirnentzündung". Mutter im Alter von 57 Jahren an Magengeschwür gestorben. War die letzten 17 Jahre auf der rechten Seite gelähmt; konnte nur schlecht gehen, den rechten Arm nur wenig gebrauchen, nicht schreiben.

Zwei Brüder und eine Schwester des Vaters an Gehirnarterienverkalkung erkrankt. Ein Bruder der Mutter an Gehirnarterienverkalkung gestorben. Beide Familien sehr nervös. Jugendentwicklung o. B. In der Schule sehr gut gelernt. Lehrerinnenexamen für höhere Töchterschule bestanden. Nach dem Examen 1 Jahr in Paris, mehrere Monate in London. Dann bis zum Tode der Mutter (1891) zu Hause. Bei der Pflege der Mutter sehr angestrengt. (Nachtwachen).

Mit 23–24 Jahren Lungenaffektion, nach Badeaufenthalt Genesung, von ernsteren Störungen seither nichts gemerkt.

Mit 15 Jahren menstruiert, die ersten 2—3 Jahre Periode unregelmäßig, dann immer regelmäßig bis zum 48. Jahre, seit dieser Zeit öfters ausgeblieben, in letzter Zeit sehr unregelmäßig.

Oktober 1899 erste psychische Erkrankung.

War traurig, weinte viel, fühlte Abnahme ihrer Leistungsfähigkeit, Gedankenarmut, Lebensüberdruß. Körperlich: Mattigkeit, Abnahme des Gewichts, schlechter Schlaf. Machte damals einen energischen Selbstmordversuch, den sie sehr lebhaft schildert. Im Laufe einiger Monate allmähliche Genesung, März 1910.

Oktober 1911 zum zweiten Male psychisch erkrankt. Die Erkrankung begann wieder mit Traurigkeit, Patientin mußte wieder viel weinen. Hörte Stimmen beschimpfenden Inhalts. Sah Vögel, die immer größer wurden und auf sie zuflogen, 2 oder 3 Soldaten, die auf sie zukamen und sie töten wollten. Nach einem halben Jahre ziemlich plötzlich wieder gesund. Patientin hat für diese beiden Psychosen gute Einsicht.

1902–1910 hatte Patientin eine Fremdenpension, die anfangs sehr gut ging; in den letzten Jahren mußte sie dagegen 3000 Mark zusetzen; verkaufte die Pension vorigen Oktober.

Um diese Zeit — mit Beginn der Periodenstörungen — unruhig, aufgeregt, verstimmt. Erzählte damals bei Bekannten, daß ihre Periode ausgeblieben sei und daß sie hoffe, über die Wechseljahre glücklich hinwegzukommen. Glaubte bemerkt zu haben, daß ein Bekannter dazu gelächelt habe. Daran anknüpfend Beziehungsideen; die Leute hielten sie für schwanger. Wechselte dann häufig ihren Aufenthalt, war zunächst einige Wochen in Krankenhäusern. Während des Krankenhausaufenthaltes Verschlimmerung; führt dieselbe zurück auf das Verhalten einer jungen Ärztin, die sie damals behandelte. Dann 3 Monate in

Sanatorien. Bezog alles Schlechte, das sie hörte und las, auf sich. Es kam ihr alles so komisch vor, nahm an, in den Sanatorien würden sexuelle Verfehlungen begangen, wisse aber eigentlich nicht recht, wie sie darüber denken solle.

29. 11. Depressiver Gesichtsausdruck. Spricht leise, dabei aber sehr lebhaft und schnell. Fragen werden prompt beantwortet, nur bei Fragen nach Sinnestäuschungen zurückhaltend. Sie fühle mehr, als sie es höre, daß Schlechtes von ihr gesprochen werde.

Zeitlich annähernd genau orientiert, örtlich: das soll eine Nervenklinik sein, ich glaube aber, daß es etwas anderes ist. Ist nicht zu bewegen, sich näher auszusprechen, sie könne sich das selbst nicht recht vorstellen.

Liegt ruhig zu Bett.

Ißt genügend.

2. 12. Ängstlich-depressiv.

Örtliche Orientierung: Man hat mir gesagt, das sei eine Nervenklinik, aber ich denke, das ist etwas anderes, es ist mir aber nicht klar, was das ist.

Umgebung: Das ist mir unklar. Alle haben hier andere Namen, niemand hat seinen richtigen Namen. Im Nebensaale sind Verwandte von ihr. Man führt sie hier unter einem falschen Namen. Kann es nicht verstehen, warum man ihr ihre Sachen, ihre Uhr fortgenommen habe. Man wolle ihr nicht glauben, daß sie ein Pensionat gehabt, daß sie ihre Miete bezahlt habe. „Es wird hier alles hinter meinem Rücken gemacht." Fürchtet, von hier aus an irgendeinen Ort gebracht zu werden, wo sie mit Männern zusammen untergebracht werde, denen sie dann schutzlos preisgegeben sei, es könnte auch sein, daß sie mit Tieren zusammen eingesperrt werde. Die Leute denken so schlecht von ihr. Ihre Angehörigen wollen, daß sie für die Welt tot sei, die müssen auch wohl dahinter stecken. Sie habe kein Geld mehr, ihre Angehörigen haben sie darum gebracht. Das liege so in der Luft. „Ich höre das nicht, ich fühle das mehr. Manchmal denke ich, daß ist die Stimme meiner Schwester." Sei für die Welt tot, möchte in ein Kloster. Am liebsten wäre es ihr, wenn sie sterben könnte.

20. 12. Dauernd das gleiche Verhalten. Einförmigkeit der Körperhaltung. Patientin nimmt halb liegende, halb sitzende Stellung ein. Zeigt keine Teilnahme für die Umgebung. Auf Ansprache stets zugänglich, gibt immer bereitwillig Auskunft über ihre psychotischen Symptome. Eigenbeziehungen. Zweifel und Mißtrauen gegenüber eigenen Sinneswahrnehmungen. Umgebung kommt ihr eigenartig verändert vor, Mißtrauen dagegen. Orientiert, zweifelt aber daran, ob es wirklich so ist.

Macht bei ihren Äußerungen und Antworten allerlei Einschränkungen. Vielleicht bestehen auch Gehörshalluzinationen. Müsse sich über vieles Gedanken machen, das sie nicht sieht und hört. Bezieht Gespräche auf sich, mißdeutet sie als Verleumdungen.

Höre immer sprechen. Wen? „Die Menschen hier", höre, daß sie sich über sie unterhalten, auch manchmal zu ihr sprechen.

„Was man von mir sagt, ist Lüge, das ist nicht wahr, ich weiß von nichts." Alles mögliche Schlechte, was es auf der Welt gebe, solle sie gemacht haben. „Solche Sachen, die ich nie im Leben gemacht habe." Kein Schuldgefühl, keine Selbstvorwürfe; dabei aber auch keine Rechtfertigungsversuche gegenüber (halluzinierten?) Verleumdungen.

Man habe einen großen Betrug gemacht, ihre Person mit einer anderen verwechselt oder ihr Sachen zugeschoben, die sie nicht gemacht habe. Anfangs habe es sich dabei um Geldangelegenheiten gehandelt. Vermeidet, nähere Angaben zu machen. Bezweifelt, ob das Taschentuch, das sie in der Hand hält, das ihrige ist. Sie habe wohl solche Taschentücher gehabt. Der Stoff von diesem komme ihr aber doch anders vor.

Subjektiv leichter Grad von Ratlosigkeit über eigenen Zustand. „Sie sagen, ich bin krank. Ja, ich muß krank sein." Denke, daß man sie sonst nicht hier behalten würde.

Ihr scheine es, als ob sie schon sehr lange hier sei. Bestimmt wisse sie nicht, wie lange. Das sei schwer zu wissen, denn sie denke, daß die Zeit anders sei. „Ich habe so das Gefühl, ich weiß nicht, warum."

Datum? „Mittwoch" (+). Es soll Dezember sein (+) 1911, vielleicht den 20? (+). „Warum soll ich Ihnen das antworten, warum?"

10. 1. 12. Keine weitere Änderung.

Gegen ärztlichen Rat von den Angehörigen abgeholt.

12. 6. Patientin stellt sich heute vor, bedankt sich für die Behandlung in der Klinik während ihrer Krankheit. Etwa 14 Tage nach der Entlassung aus der Klinik sei ihre traurige Stimmung ganz plötzlich geschwunden. Es sei ihr wie Schuppen von den Augen gefallen, in demselben Augenblick habe sie auch erkannt, daß all die Ideen, die sie hier geäußert habe, krankhaft gewesen sein müßten. Sie habe sich dann wieder körperlich und geistig frisch gefühlt, eigentlich frischer und leistungsfähiger als vor ihrer Erkrankung.

Objektiv macht W. einen leicht hypomanischen Eindruck.

In der Aszendenz der Patientin besteht Neigung zu arteriosklerotischen Geistesstörungen. Über manisch-depressive Belastung war nichts zu erfahren. Die von jeher sehr lebhafte, intellektuell gut veranlagte Patientin erkrankt mit 39 und 41 Jahren an Depression, mit 51 Jahren an einem Mischzustande. Die zweite Depression verläuft insofern atypisch, als eine Zeitlang traumhafte Bewußtseinstrübungen mit deliranten Erlebnissen auftreten. Der manisch-depressive Mischzustand ist wohl gleich von Anfang an von paranoiden Zügen begleitet. Aus anfänglichen Beziehungsideen entwickelt sich ziemlich rasch ein systematisiertes Wahngebilde mit allerdings vielfach variierten Verfolgungsideen. Die paranoiden Züge standen während der ganzen Dauer im Vordergrunde, ohne daß dabei indessen die affektiven Störungen zu übersehen waren. Mit dem kritischen Abfall der Psychose werden die Wahnelemente ausgezeichnet korrigiert.

VIII. Antonius S. (Grieche), geb. 16. 6. 89.

Aufnahme: 22. 11. 12.

Entlassung: 14. 1. 13.

Nach Mitteilung des Vaters war die Mutter des Patienten in der 3. Schwangerschaft psychotisch. Mutter sei sehr exaltiert, entweder lebhaft und heiter oder traurig; der Patient sei gerade so veranlagt wie die Mutter. Er habe leicht gelernt, wollte studieren, wurde auf Wunsch des Vaters Kaufmann, beschäftigte sich in seinen Mußestunden mit Übersetzungen griechischer Gedichte ins Deutsche. Mit 19 Jahren Verhältnis mit einer Schauspielerin, die er habe heiraten wollen. Nach einer kurz dauernden Verstimmung Zeit erhöhter Leistungsfähigkeit, allerlei Pläne und Unternehmungen. Wollte eine große Zeitschrift gründen, hatte bereits Reklameschriften dafür drucken lassen. Zu der Zeit starker Rededrang, sehr unsolider Lebenswandel; Vater hielt diesen Zustand für krankhaft und ließ Patienten in eine Nervenheilanstalt bringen, dort sei die Diagnose zirkuläres Irresein (Manie) gestellt worden. Dauer der Erkrankung etwa 3 Monate. Nach der Entlassung Verlobung auf Wunsch des Vaters, Patient war dann 6 Monate lang auf Reisen. Dann Einsetzen eines depressiven Zustandes. Beginn mit Schlaflosigkeit, mangelhafter Nahrungsaufnahme, Patient weinte viel, äußerte Selbstmordideen, hörte damals die Stimme seiner Braut von der Straße herauf, unter der Bettstelle hervor, glaubte nachts Mäuse im Bett zu sehen, dabei aber

immer das Gefühl, daß es Täuschung sein könnte. Aufenthalt in einem Schweizer Sanatorium. Allmähliches Abklingen der Depresion nach 3 Monaten. Etwa ein Jahr lang gesund. Anfang November 1911 wieder aufgeregt, heiter, gelegentlich zornmütig, hatte Konflikte mit dem Vater, der ihm wegen seiner Verschwendung Vorwürfe machte. Wieder sehr unsolide im Lebenswandel, wurde vom Vater in ein Sanatorium gebracht, dort sei die Diagnose zyklische Manie gestellt worden. Nach kurzem Sanatoriumsaufenthalt gesund entlassen. Lebte dann bei der Familie 5 Monate lang, gründete eine satirische Zeitschrift, die zuletzt ganz gut gegangen sei. Anfang November 1911 wieder auffällig im Anschluß an einen Konflikt mit der Polizei wegen einer in seiner Zeitschrift erschienenen Karikatur auf Kiamil Pascha. Die betreffende Auflage der Zeitschrift sei konfisziert worden. Patient sei dann plötzlich nach Deutschland geflüchtet, in der Meinung, er werde von den türkischen Behörden verfolgt. Bei seinem Aufenthalte in B. sehr auffälliges Benehmen. Sagte zu einem Hotelangestellten, er solle stramm vor ihm stehen, benahm sich sonst sehr laut, lenkte die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich.

Am 21. 11. habe sich Patient an das offene Fenster seines Hotelzimmers im 3. Stock gestellt mit mehreren Zeitungen in der Hand und habe die Passanten angerufen, habe dann Miene gemacht, hinunter zu springen. Da die Tür seines Zimmers verschlossen gewesen sei, sei die Feuerwehr requiriert worden. Einlieferung in die Klinik am 22. 11. 1912.

Bei der Aufnahme lag Patient auf der Tragbahre mit weit ausgebreiteten Armen, auf die Frage nach dem Grunde dieser Stellung antwortete er, er werde das alles erst erklären, wenn er ein warmes Bad genommen habe. Nachts zunächst ruhig, rief dann den Pfleger an das Bett, dem er erzählte, er habe eine Erfindung gemacht und die wolle man ihm wegnehmen. Beklagte sich über den Schwefelgeruch in seinem Zimmer; verlangte seine Sachen, ihm sei durch das Telephon gesagt worden, er solle sofort herunterkommen.

Im Untersuchungszimmer wendet er sich mit flüsternder Stimme an den Abteilungsarzt mit der Bitte, ihm nur solche Fragen vorzulegen, die er mit klarem Verstande beantworten könne; Fragen nach Personalien und Orientierung werden prompt und richtig beantwortet. Gibt dann an, er sei aus Furcht, daß die Polizei ihm wieder auf den Hals kommen könne, von K. abgereist, habe ein Billet bis D. genommen; in B. habe er sich von der Reise etwas erholen wollen und sich in einem Hotel einquartiert; da sei ihm der Gedanke gekommen, daß die deutsche Polizei hinter ihm her sein könne, er habe Grund gehabt, dies anzunehmen, er

habe von einem Geschäft in D. noch einige Tausend Mark zu bekommen, nun habe er hier in der Zeitung gelesen, daß ein gewisser Bankier R., der vor Jahren von hier nach Unterschlagung von 23 000 Mark geflüchtet sei, sich wieder in B. aufhalte, nach einer anderen Version soll er in Amerika gesehen worden sein. Er habe nun geglaubt, dies sei eine Finte der Polizei und habe alles mit seiner Person in Beziehung gebracht. Er habe Angst bekommen, daß die Polizei hinter ihm her sein könnte und ihn durch Querfragen derartig verwirren könnte, daß er plötzlich mit einem Delikt behaftet erschiene, das er gar nicht begangen hätte. Vor Angst habe er sich dann in seinem Hotelzimmer eingeschlossen und um sich zu legitimieren, habe er am offenen Fenster den Leuten eine alte Radfahrkarte als Legitimationspapier gezeigt, damit ihm nichts passieren solle. Stimmen habe er nicht gehört. Er habe aber ständig das Gefühl gehabt, daß er von 2 Detektivs verfolgt werde, die immer wieder in anderer Kleidung auftauchten, bald in Zivil, bald in Uniform.

Am 19. 11. habe er sich abends die Stadt ansehen wollen, bei seinem Spaziergange sei es ihm aufgefallen, daß ihn die Leute so eigentümlich angesehen hätten, er habe sich dabei gedacht, man hielte ihn eines Deliktes für verdächtig. Er sei dann in ein Variété gegangen, dort sei ihm aufgefallen, daß die Uhr auf der Bühne 8 Uhr zeigte; in dem Augenblicke, als Patient auf seine Uhr sah und merkte, es sei 10 Uhr, habe der Schauspieler unter irgendeinem Vorwand die Zeiger der Bühnenuhr auch auf 10 Uhr gestellt. Es sei so ein Zufall gewesen, es könnte aber auch sein, daß der Schauspieler seine Gedanken erraten hätte. Ferner seien so viele Kunstpausen gemacht worden, die Schauspieler hätten nicht ordentlich gespielt, weil sie ihn dauernd angesehen hätten. Er habe auch gelegentlich souffliert, da er gemerkt habe, die Schauspieler wüßten nicht, wie sie zu Ende spielen sollten. Am 22. morgens habe er die Szene im Hotel gehabt. Er sei von einem Feuerwehrmann heruntergeholt und zunächst in die städtische Nervenheilanstalt gebracht und dann hierher verlegt worden. Hier sei er sehr müde gewesen und bald eingeschlafen.

Die Erinnerung an die ersten Augenblicke seines hiesigen Aufenthaltes seien sehr verschwommen, er könne sich auch nicht erinnern, vom Hotelfenster aus Reden gehalten zu haben, ebensowenig könne er sich an die Äußerungen in der vergangenen Nacht dem Pfleger gegenüber erinnern, er müsse sich wohl in einem Dämmerzustande befunden haben oder im Trance, wie die Spiritisten sagen. Hält daran fest, daß er beobachtet worden sei. Jetzt sei er aber sicher, daß die Beobachtungen nicht mehr stattfinden. Macht dann Angaben über sein Vorleben, die im wesent-

lichen mit den anamnestischen Daten übereinstimmen. Im motorischen Verhalten fallen gewisse eigenartige Bewegungen auf. Patient streckt bald die Hände aus, bald kreuzt er sie über der Brust, bald legt er die Hand militärisch grüßend an die Stirn. Die Stimmung ist ausgesprochen heiter. Für die Erlebnisse der letzten Tage besteht eine oberflächliche Krankheitseinsicht, im übrigen noch nicht, Patient fühlt sich gesund, will abreisen. Stellt Gehörshalluzinationen und Beziehungsideen in Abrede.

Degenerative Stigmata, im übrigen somatisch o. B.

Beim Beginn der körperlichen Untersuchung wendet er sich an den Arzt mit geheimnisvoller Stimme: „Pst! Pst! warten Sie einen Moment, jetzt kommen Sie wieder durch die Luft, die elektrischen Ströme."

24. 11. Erzählt heute, daß er nachts elektrisiert worden sei, die Ströme gingen durch die Bettstelle und die Drahtmatratze, aber er habe sich dagegen isoliert in der Weise, daß er ein Bein unten an die Holzverschalung angestellt hätte, die eine Hand an die obere Holzverschalung und das Knie des anderen Beines an die Seitenwand. Er glaubt, zu therapeutischen Zwecken elektrisiert worden zu sein.

Zum Beweise dafür, daß die Bettstelle elektrisch sei, legt er den Umschlag eines Journales vor, deutet auf die innere glatte Fläche mit dem Bemerken, daß er dies im Bett gefunden habe, das sei galvanisiert.

30. 11. Heute nachmittag plötzlich sehr erregt, schimpft, weist den Pfleger aus dem Zimmer, mustert den Arzt mißtrauisch, was er von ihm wolle, ob er ein Polizeispitzel sei, der Patient X. sei wohl auch von der Polizei bestellt, um auf ihn aufzupassen. Patient ist blaß vor Erregung, bietet dem Arzt Ohrfeigen an. Wie man dazu käme, ihn einzusperren! Läßt sich leicht beruhigen und bittet dann vielmals um Entschuldigung.

14. 12. War in den letzten Tagen sehr erregt. Tagsüber meist nicht im Bett zu halten, läuft viel im Saal herum, schwätzt bald mit diesem, bald mit jenem Patienten. Kommt in seinen Erzählungen vom Hundertsten ins Tausendste, schweift ab. Dabei meist ausgesprochen euphorische Affektlage, die zeitweise in etwas zornmütig gereizte Stimmung umschlägt. Äußerungen von Beziehungsideen werden in der letzten Zeit nicht mehr beobachtet, ebensowenig wie die am ersten Tage aufgetretenen eigenartigen Bewegungen und Haltungen.

25. 12. In den letzten 8 Tagen ist eine zunehmende Beruhigung eingetreten, das Bild ist jetzt im wesentlichen hypomanisch. Patient macht einen netten, liebenswürdigen Eindruck,

unterhält sich gern: Krankheitseinsicht besteht noch nicht. Patient bleibt jetzt meist in seinem Zimmer.

4. 1. 12. Fortschreitende Beruhigung, noch leicht hypomanische Verfassung. Patient hat jetzt gute Krankheitseinsicht, meint, es sei alles Unsinn gewesen, die Erinnerung an die Vorgänge, die zur Einlieferung führten, scheint aber nur summarisch zu sein. Über seine Beziehungsideen gibt er an, er habe geglaubt, die Behörden hätten von seiner Flucht aus K. gewußt, er habe deshalb Angst bekommen und habe in jedem Manne einen Aufpasser zu sehen geglaubt. Den Umstand, daß er sich elektrisiert geglaubt habe, erklärt er folgendermaßen. In der städtischen Anstalt sei er bei seiner Ankunft in ein Bad gesetzt worden, er habe aber nicht gewußt, warum; er habe den Pfleger nach dem Grunde gefragt; als dieser ihm keine Antwort gegeben habe, habe er gedacht, das müsse eine besondere Bewandtnis haben und es sei ihm der Gedanke gekommen, man wolle ihn vielleicht zu therapeutischen Zwecken elektrisieren. Diese Annahme habe er auf das Bad hier bei der Aufnahme und auf die eiserne Bettstelle übertragen. Dies scheine ihm der Zusammenhang zu sein, ganz sichere Auskunft könne er jedoch nicht geben, er sei eben sehr erregt gewesen und auch etwas ängstlich. Sensationen werden entschieden in Abrede gestellt.

Jetzt wisse er, daß dies alles krankhaft gewesen sei, er habe wieder einen Anfall seiner zyklischen Manie gehabt, jetzt sei er Gott sei Dank so weit wieder gesund. Ist mit dem Vorschlag, ihn noch einige Zeit hier zu behalten, einverstanden.

14. 1. 13. Gleichmäßiges, ruhiges Verhalten. Komponiert, benimmt sich ruhig, geordnet, keine auffällige hypomanische Verfassung mehr zu konstatieren, unterhält sich gern in netter, liebenswürdiger Weise, interessiert sich sehr für die jetzt aktuelle Balkanpolitik, hat literarische Interessen.

Vom Anfall geheilt entlassen.

Es besteht gleichnamige Belastung mütterlicherseits. Intellektuell gut veranlagt, neigt Patient seit frühester Jugend zu Stimmungsschwankungen und zu einer gewissen Unstetheit der Lebensführung. Auf eine leichte reaktiv bedingte depressive Verstimmung im Alter von 19 Jahren folgt eine manische Attacke von etwa dreimonatiger Dauer. Nach einer Remission von 6 Monaten erkrankt Patient an einer Depression, die mit gelegentlichem Auftreten von Sinnestäuschungen atypisch verläuft. Im Alter von 22 Jahren entwickelt sich eine Manie, die nach einer Remission von zirka

einem halben Jahre Dauer rezidiviert. Gleich zu Beginn dieser mit einem Mischzustand einsetzenden manischen Attacke tauchen lebhafte Verfolgungsideen auf, die sich bald zu einem System verdichten. Beim Übergang des anfänglich vorherrschenden Mischaffektes in die mehr rein euphorische manische Stimmungslage treten die paranoiden Komplexe in den Hintergrund, um nach dem raschen Abklingen der manischen Erregung ganz korrigiert zu werden. Diese Phase ist auch insofern atypisch, als vorübergehend Phoneme, vielleicht auch Sensationen, bestehen zu einer Zeit, wo das Bewußtsein traumhaft getrübt ist. Für diese Episode ist auch die Erinnerung nur ganz summarisch vorhanden.

In differential-diagnostischer Beziehung bieten die mitgeteilten Fälle keine Schwierigkeiten. Zur Abgrenzung gegenüber der Dementia praecox genügt wohl der Hinweis darauf, daß Sinnestäuschungen, wenn überhaupt, eine nur untergeordnet Rolle spielen, daß die Wahnbildungen das für Dementia praecox charakteristische Merkmal des Unsinnigen vermissen lassen und immer von lebhaftem adäquatem Affekt begleitet sind; schließlich fehlen ausgesprochen katatone Symptome und selbst bei lebhafterer Wahnbildung kommt es niemals zu einer Spaltung der Persönlichkeit.

Die in allen Fällen deutlich zutage tretenden manisch-depressiven Syndrome verbieten vor allen Dingen die Annahme akuter bezw. periodischer paranoischer Erkrankungen. Von einer Selbständigkeit der paranoiden Komplexe kann mit Rücksicht auf ihre deutliche Abhängigkeit von den manisch-depressiven Zeiten keine Rede sein. Es bleibt somit nur die eine Möglichkeit übrig, daß es sich um besondere Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins handelt.

Welche Beziehungen haben nun diese paranoiden Erscheinungsformen und mit ihnen das manisch-depressive Irresein zur Paranoia?

In den Epikrisen sind die Wahnbildungen bereits kurz charakterisiert. In den ersten fünf Fällen, welche im ganzen der ersten Stranskyschen Gruppe entsprechen, handelt es

sich um isoliert auftretende Personenverkennungen, Größen-, Beziehungs- und Verfolgungsideen, während die wahnhaften Elemente bei den Fällen 6—8 zu mehr minder geschlossenen Systemen zusammentreten (Stranskysche zweite Gruppe).

Bei der ersten Gruppe handelt es sich nicht um echt wahnhafte Gebilde. Die Personenverkennungen erscheinen bald flüchtig, bald werden sie mit mehr oder minder großer Hartnäckigkeit längere Zeit hindurch festgehalten. Vielfach wechseln die falschen Bezeichnungen für ein und dieselbe Person, während in anderen Fällen auch wieder die einmal gewählte falsche Benennung dauernd beibehalten wird. Es handelt sich wohl immer um Ähnlichkeitsreminiszenzen, die ohne nähere Prüfung auf die Umgebung projiziert werden; entgegentretende Bedenken werden rasch unterdrückt. Gelegentlich wird auch an die Personenverkennungen in oberflächlichen Gedankengängen angeknüpft. Im Gegensatz zum unerschütterlichen Realitätswert von Personenverkennungen eines echten Paranoikers zeigen unsere Kranken immer wieder durch gelegentliche Äußerungen, daß die von ihnen falsch angeredeten Personen ihrer Umgebung in ihrem Bewußtseinsinhalt die ihnen in Wirklichkeit zukommende Rolle spielen.

Die Größen-, Beziehungs- und Verfolgungsideen sind recht oberflächlich, werden untereinander nicht logisch verknüpft, enthalten sogar häufig Widersprüche zu kurz vorher gemachten Äußerungen. Ihre Konzeption erfolgt bald in überstürzter, bald in mehr spielerischer, tändelnder Weise, häufig im Anschluß an äußere Momente. Einzelne wahnhafte Elemente werden überhaupt nur einmal produziert, andere längere Zeit hindurch festgehalten, ohne indessen den Bewußtseinsinhalt zu verfälschen; ihr Realitätswert ist sehr gering.

Die Abhängigkeit dieser Wahnbildungen von der jeweiligen Affektlage ist unverkennbar. So kann man Größenideen aus der euphorischen Stimmung direkt herauswachsen sehen, Ideen der Beeinträchtigung und Verfolgung aus Mischaffekten. Der Spechtschen Auffassung von der Affekt-

genese wahnhafter Elemente beim manisch-depressiven Irresein ist also fraglos beizupflichten.

Auch bei den Fällen der zweiten Gruppe wird der Einfluß des Affekts auf die Wahnbildungen zuzugeben sein. Es ist wohl kein Zufall, daß es hier vorzugsweise Mischzustände sind, auf deren Boden die Wahnbilder sich entwickeln.

Nähern sich die Wahnprodukte der zweiten Gruppe mit der Entwicklung eines Systems der echten Paranoia, so sind doch die klinischen Unterschiede beider Wahnformen groß genug, um auch hier eine nur weitläufige Verwandtschaft gelten zu lassen. Die Systeme erscheinen bei diesen Fällen nicht so fest gefügt und in sich abgeschlossen wie bei der Paranoia. Die Kranken neigen dazu, allenthalben Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen anzuknüpfen, die entweder ganz außerhalb des Systems stehen bleiben oder zu demselben nur in höchst lockere Beziehungen treten. Der Realitätswert ist nicht so unerschütterlich wie bei der Paranoia. Die Kranken geben dem gelegentlich ganz spontan Ausdruck und sind geneigt, Konzessionen zu machen. Die rasche Entwicklung eines Systems spricht für eine gewisse Überstürzung in der Konzeption im Gegensatz zu dem langsam sich entwickelnden, Denken und Handeln dauernd beeinflussenden Wahn des Paranoikers.

Auf das mit dem Abklingen der Erregung bezw. der akuteren psychotischen Erscheinungen meist Hand in Hand gehende Verschwinden der wahnhaften Gebilde ist bereits bei den einzelnen Krankenbesprechungen hingewiesen worden. Die von Specht mitgeteilte Beobachtung, wonach Reste von Wahnmotiven bei neuem Aufflackern des Grundprozesses in Bereitschaft liegen und nun weitere Ausbildung erlangen können, ließ sich an den mitgeteilten Fällen nicht machen, ebensowenig fanden sich Anhaltspunkte für die „schrittweise“ Entwicklung eines paranoiden Symptomenkomplexes. Die in verschiedenen Attacken bei ein und demselben Individuum beobachteten Wahngebilde standen untereinander (bis auf eine isolierte Wahnidee bei Patienten Daniel D.) in keinem inneren Zusammenhang und die Wahn-

entwicklung hatte, wie bereits erwähnt, einen mehr impulsiven Charakter.

Was die Stellung der Wahngebilde der ursprünglichen Persönlichkeit gegenüber anlangt, so erscheinen sie als wesensfremde, der von jeder paranoischen Denkrichtung freien Persönlichkeit unvermittelt gegenüberstehende Elemente, im Gegensatz zur Paranoia, wo das Manifestwerden des Wahns die Exacerbation einer von vornherein bestehenden paranoischen Anlage bedeutet. Friedmann hat auf diesen Gegensatz hingewiesen und die „endogene" Wahnbildung der Paranoia der „exogenen" beim manisch-depressiven Irresein gegenübergestellt.[18])

Die gleiche exogene Wahnbildung hat Bonhoeffer[19]) bei einer bestimmten Gruppe paranoider Erkrankungen Degenerierter gefunden. Hierin liegt eine gewisse Übereinstimmung mit unseren Wahnformen, die sich auch symptomatologisch in der Oberflächlichkeit der Wahnmotive, dem impulsiven Charakter der Wahnentwicklung und ihrer guten Rückbildungsfähigkeit kundgibt. Diese Eigenschaften sieht Birnbaum[20]) als für gewisse vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis charakteristisch an.

Es liegt nun nahe, bei den wahnhaften Formen des manisch-depressiven Irreseins den Ausfluß einer besonderen degenerativen Komponente anzunehmen. In der Tat zeigen wenigstens einzelne von unseren Fällen degenerative Züge im engeren Sinne. Das Beobachtungsmaterial ist natürlich viel zu klein, um irgendwie zwingende Schlüsse zuzulassen. Beobachtungen an einer größeren Zahl von Fällen, die sich besonders auf die Erforschung der Persönlichkeit zu er-

---

[18]) Friedmann. Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 17.

[19]) Bonhoeffer. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Marhold, Halle, 1907.

[20]) Birnbaum. Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Bd. 31.

strecken hätten, wären vielleicht imstande, nach dieser Richtung hin Aufklärung zu bringen.

Wenn Specht die Wahnformen des manisch-depressiven Irreseins als Übergangsformen zur Paranoia ansieht und die Paranoia als besondere Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins aufgefaßt wissen will, so sind die Übergänge nur darin zu erblicken, daß — um in dem Stranskyschen Bilde zu bleiben — Verzweigungen verschiedener getrennter Stämme der Entartung ineinander greifen können.

Selbst wenn man auch für die Pathogenese des Paranoiawahns affektive Störungen im Sinne Spechts gelten lassen wollte, so würde damit der Unterschied im Wesen beider Erkrankungen nicht beseitigt. Aus der Gleichheit bestimmter wahnhafter Reaktionsformen auf bestimmte affektive Störungen hin bei verschiedenen Anlagetypen eine Wesensgleichheit der Grundprozesse herzuleiten, erscheint nicht angängig.

Literaturverzeichnis.

Birnbaum, Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Bd. 31.

Bonhoeffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Marhold, Halle 1907.

Friedmann, Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschrift f. Psych. und Neurol., Bd. 17.

Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. und Psychiat., Orig. 5. Bd.

Kraepelin, Psychiatrie, 8. Aufl., 1910.

Laehr, Hans, Zwei atypische Fälle von zirkulärem Irresein. Schweizerhof, III. Bericht 1903.

Mendel, Ein Beitrag zu der Lehre von den periodischen Psychosen. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, 44. Bd.

Meyer, Ludwig, Über zirkuläre Geisteskrankheiten. Arch. f. Psychiatrie, 4. Bd.

Schultze, Zur Paranoiafrage. Deutsche med. Wochenschrift 1913.

Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralblatt f. Nervenheilkunde und Psychiatrie 1908.

Stransky, Das manisch-depress. Irresein. Handbuch d. Psychiatrie von Aschaffenburg, 6. Abteilung, 1911.

Thomsen, Die akute Paranoia. Archiv f. Psychiatrie 1909.

Werner, Die Paranoia. Eine Monographie. 1891.

Wernicke, Grundriß der Psychiatrie 1900.

Westphal, Periodische Geistesstörungen. Lehrbuch der Psychiatrie. Binswanger-Siemerling, 2. Auflage, 1907.

Lebenslauf.

Am 11. September 1882 wurde ich, Hubert Golla, Sohn des Volksschullehrers Karl Golla, in Kattowitz geboren. Ich bin katholischer Konfession und preußischer Staatsangehöriger.

Ich besuchte das Gymnasium zu Kattowitz, das ich Ostern 1902 mit dem Zeugnis der Reife verließ.

Nachdem ich ein Semester in Freiburg i. B., zwei Semester in Greifswald und acht Semester in Breslau Medizin studiert hatte, bestand ich am 3. Juni 1908 die ärztliche Prüfung. Das praktische Jahr leistete ich an der städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke zu Breslau und am städtischen Krankenhaus zu Beuthen O/S. ab und erhielt am 8. August 1909 die Approbation als Arzt. Nach Erfüllung meiner Dienstpflicht und nach einjähriger Tätigkeit an der Sanitätsrat Dr. Kleudgenschen Heilanstalt in Obernigk bin ich seit 15. Oktober 1911 Assistenzarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau.